



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

MUISTISAIRAAN KIVUN ARVIOINTI

Geriatrisen kuntoutus- ja tutkimusosaston hoitajien
kokemuksia PAINAD-mittarin käyttöönotosta ja
soveltuvuudesta muistisairaan kivun arviointiin

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Tiia Hakkarainen & Sini Vähäsarja

- Geriatrisen kuntoutus- ja tutkimusosaston hoitajien kokemuksia PAINAD-mittarin käyttöönotosta ja soveltuvuudesta muistisairaankivun arviointiin

Sairaanhoitajan opinnäytetyö 54 sivua, 2 liitesivua
Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Jokaisella ihmisellä on oikeus yksilölliseen kivun arviointiin ja tehokkaaseen kivun hoitoon. Se on yksi terveydenhuollon eettisistä periaatteista. Ikääntyneen pitkäaikainen kipu voi aiheuttaa monia ongelmia ja lisätä jopa kuolleisuutta. Muistisairaankivun arviointi on kuitenkin usein hyvin haasteellista, sillä muistisairaajat eivät välttämättä kykene kertomaan kivun olemassaolosta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Lahden kaupunginsairaalan geriatrisen kuntoutus- ja tutkimusosaston hoitajien kokemuksia PAINAD-mittarin käyttöönotosta sekä soveltuvuudesta muistisairaankivun arviointiin. Yhteistyöpyyntö työlle oli lähtöisin toimeksiantajan puolelta. Työn tavoitteena oli kehittää hoitotyötä ja saada PAINAD-mittari aktiiviseen käyttöön osastolla.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Osaston henkilökunnalle teetettiin kyselylomake, jossa kysyttiin heidän tämän hetkistä kivun arvioinnin menetelmistä ja kuinka he ovat kokeneet PAINAD-mittarin käyttöönoton. Mitä edistäviä tekijöitä tai mahdollisia esteitä mittarin käytölle on. Kyselylomakkeessa yksi kysymyksistä oli suljettu ja viisi avointa. Henkilökunnan 20: sta hoitajasta kyselyyn vastasi yhdeksän (N=9).

Tulokset osoittivat, että osastolla on tarvetta ja halukkuutta kipumittarin käytön lisäämiseen, mutta osa vastaajista koki PAINAD-mittarin käytön hankalaksi ja oudoksi. Toiset vastaajista olivat kuitenkin sitä mieltä, että mittari on nopea ja helppo käyttää. Vastaajien mukaan mittarin käytöstä tulisi saada enemmän tietoa ja koulutusta sekä olla enemmän aikaa sen käyttöön. Monet vastaajista olivat sitä mieltä, että PAINAD-mittari voisi olla hyödyllinen muistisairaiden kivun arvioinnissa.

Asiasanat: muistihäiriöt, dementia, kipu, kivun arviointi, PAINAD-mittari

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing
HAKKARAINEN, TIIA &
VÄHÄSARJA, SINI

Pain assessment of people with memory disorders

- Nurse`s experiences about commissioning and utilization of the PAINAD-scale in pain assessment of patients with memory disorder.

Bachelor`s Thesis in nursing 54 pages, 2 pages of appendices
Spring 2014

ABSTRACT

Everybody has a right to get an individual pain assessment and intensive pain treatment. That is one of the ethical principles of the health care. Elderly people`s long-term pain can cause many problems and even increase the death rate. Pain assessment is often very difficult if the patient has a memory disorder, because memory diseased people may not be able to tell about existing pain.

The aim of this thesis was to study Lahti city hospital geriatric ward nurses` experiences of using PAINAD-scale and its suitability for evaluating pain with memory disorder patients. A request for co-operating came from the employer. The goal of this thesis was to develop nursing and to get the PAINAD-scale in active use on the ward.

This thesis was done as a qualitative research. A questionnaire was answered by the nurses. It contained questions about the current methods of pain assessment and how nurses have experienced using the PAINAD-scale, what are the promoting factors and what might be the barriers of using PAINAD. There were one closed question and five open questions in the questionnaire. From 20 nurses nine did answer to the questionnaire (N=9).

The results showed that there is a need and also willingness to increase using the pain scale on the ward, but some of the respondents experienced that using PAINAD-scale is difficult and strange. However others thought that PAINAD-scale is quick and easy to use. According to the respondents they should have more information, training and time for using PAINAD-scale. Many of them thought that the PAINAD-scale could be useful for people with memory disorders.

Key words: memory disorders, dementia, pain, pain evaluation, PAINAD-scale.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	3
3	LAHDEN KAUPUNGINSAIRAALAN GERIATRINEN KUNTOUTUS- JA TUTKIMUSOSASTO	4
4	MUISTISAIRAUDET	6
4.1	Dementia	7
4.2	Alzheimerin tauti	8
4.3	Lewyn kappale -tauti	8
4.4	Vaskulaarinen dementia	9
5	KIVUN MÄÄRITELMÄ JA FYSIOLOGIA	11
6	KIVUN LUOKITTELU	14
6.1	Akuutti ja krooninen kipu	14
6.2	Nosiseptiivinen kipu	15
6.3	Neuropaattinen kipu	15
6.4	Idiopaattinen kipu	16
7	KIVUN ARVIOINTI	17
7.1	Kivun hoitotyön prosessi	19
7.2	Apuvälineet ja mittarit	21
7.3	PAINAD-mittari	22
8	MUISTISAIRAUDEN VAIKUTUS KIVUN KOKEMUKSEEN	25
9	OPINNÄYTETYÖPROSESSI JA TIEDONHAKU	31
10	LAADULLINEN TUTKIMUS	34
11	AINEISTON KERUU	35
11.1	Aineiston analysointi	36
11.2	Sisällönanalyysi	37
12	TUTKIMUKSEN TULOKSET	38
12.1	Tulosten yhteenveto	42
12.2	Tulosten vertailua aiempiin tutkimuksiin	42
13	POHDINTA	44

13.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	45
13.2	Jatkotutkimusideat	47
LÄHTEET		48
LIITE 1		
LIITE 2		

1 JOHDANTO

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys International Association for the Study of Pain määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio (Vainio 2009a, 151). Aistimalla kipuärsyksen elimistö saa tiedon uhkaavasta kudosvauriosta, jolloin ihminen pyrkii toiminnallaan estämään kudosvaurion synnyn tai sen etenemisen (Elomaa, Estlander, Granström & Kalso 2009, 104).

Ihmisen oikeus yksilölliseen kivun arviointiin ja tehokkaaseen kivun hoitoon on yksi terveydenhuollon eettisistä periaatteista. Kivuttomuus on jokaisen ihmisoikeus kognition tasosta huolimatta. (Tikkanen & Voutilainen 2010, 247-248.) Sekä laitoksessa että kotona asuvien vanhusten kivunhoito jää usein kuitenkin liian vähälle huomiolle (Tikkanen & Voutilainen 2010, 167).

Dementia ja kivut ovat yleisiä laitospotilailla. Potilaan kyky ilmaista kipua heikkenee muistihäiriön edetessä. Tällöin hoitajan tulee havainnoida potilaan käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia. (Björkman, Laurila, Palviainen & Tilvis 2007a, 2547.) Björkman ym. (2007a, 2547) ovat arvioineet Suomessa lähes joka neljännen pitkäaikaisen laitospotilaan kärsivän päivittäisistä kivuista.

Tämä tutkimuksellinen opinnäytetyö on toteutettu yhdessä Lahden kaupunginsairaalan geriatriksen kuntoutus- ja tutkimusosaston kanssa. Yhteistyöpyyntö tuli osaston apulaisosastonhoitajalta. Osastolla hoidetaan ja tutkitaan muistisairaita potilaita. Apulaisosastonhoitaja toivoi, että selvittäisimme osaston tämänhetkistä tilannetta muistisairaana kivun arvioinnin osalta.

Aiheen valintaan vaikutti myös opinnäytetyöntekijöiden oma kiinnostus aihetta kohtaan. Koska muistisairaita potilaita on terveydenhuollon piirissä paljon ja arvioiden mukaan tulevaisuudessa yhä enemmän, oli aihe opinnäytetyön tekijöille oppimisen ja ammatillisuuden kannalta tärkeä. Olimme miettineet kivun hoitoa tai arviointia mahdolliseksi opinnäytetyön aiheeksi jo ennen tämän aiheen tietoon tuloa. Opinnäytetyön aiheen tulee olla opiskelijaa itseään kiinnostava, sillä prosessi on pitkä ja vaatii intensiivistä paneutumista aiheeseen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 8 - 9).

Kipu on käsitteenä hyvin laaja ja sitä on myös tutkittu paljon. Työn aihe rajattiin käsittelemään ainoastaan kivun arviointia, jottei työstä tulisi liian laaja. Lisäksi työssä käsitellään ainoastaan muistisairaana kivun arviointia, sillä se vastaa parhaiten toimeksiantajan tarpeita ja rajaa aihetta sopivasti. Opinnäytetyö on tehty hoitajan näkökulmasta, sillä hoitajat usein tuntevat potilaiden käyttäytymisen ja joutuvat arvioimaan potilaiden kipua hoitotyössä.

2 TYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia PAINAD-mittarin käyttöönotosta ja soveltuvuudesta muistisairaankivun arviointiin. Työn tavoitteena oli kehittää hoitotyötä ja saada PAINAD-mittari aktiiviseen käyttöön osastolla.

Opinnäytetyössä käsitellään kipua käsitteenä, yleisimpiä muistisairauksia sekä muistisairauksien vaikutuksia kivun kokemukseen. Tutkimuskysymyksiä, joiden ympärille lähdimme rakentamaan tietoperustaa, olivat:

1. Miten hoitaja voi arvioida ja tunnistaa muistisairaankipua?
2. Mitä kokemuksia hoitajilla on PAINAD-mittarin käyttöönotosta ja soveltuvuudesta muistisairaankivun arviointiin?

3 LAHDEN KAUPUNGINSAIRAALAN GERIATRINEN KUNTOUTUS- JA TUTKIMUSOSASTO

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Lahden kaupunginsairaalan geriatrisen kuntoutus- ja tutkimusosasto L31:n kanssa ja yhteyshenkilönä toimi osaston apulaisosastonhoitaja. Osaston hoitohenkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja, joiden lisäksi osastolla toimii 9 sairaanhoitajaa ja 9 lähihoitajaa. Osastolla työskentelee myös kaksi laitosapulaista sekä osastonsihtööri. Arkisin osastolla käy sairaalan kuntohoitaja. Tällä hetkellä osaston lääkärinä toimii geriatriaan erikoistuva lääkäri.

Potilaspaikkoja osastolla on kaikkiaan 27. Kymmenen niistä on varattu tutkimuspotilaille ja loput 17 paikkaa täyttyvät potilaista, jotka odottavat jotain jatkohoitopaikkaa tai kotiin pääsyä. Tutkimuspotilaille tehdään osastolla muistiin liittyviä tutkimuksia. Tutkimuspotilaat tulevat osastolle lääkärin läheteellä avosairaanhoidosta tai yksityisen terveydenhuollon läheteellä. Osastolle potilaita ohjautuu myös muilta sairaalan osastoilta, Agaysta, eli akuutista geriatrisesta arviointiyksiköstä sekä Päijät-Hämeen Keskussairaalaista. (Karttunen 2009, 1.)

Osastonhoitaja ja lääkäri valitsevat yhdessä osastolle tulevat tutkimuspotilaat. Usein on tarpeen myös neuvotella kotihoidon ja potilaan läheisten kanssa yhdessä potilaan osastolle saapumisesta. Osastolla hoidetaan lisäksi käytöshäiriöisiä potilaita ja tehdään erilaisia lääkemuutoksia hoitotyön ammattilaisten valvonnassa. Tutkimus- ja arviointijakson hoitotyö toteutetaan moniammatillisesti. Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat hoitohenkilökunnan lisäksi geriatri, kuntohoitaja, sosiaalityöntekijä sekä tarpeen mukaan toiminta- ja puheterapeutti. (Karttunen 2009, 1.)

Tutkimusjakson määritelty pituus on noin kaksi viikkoa, joka ei apulaisosastonhoitajan mukaan kuitenkaan yleensä ole riittävän pitkä aika asioiden selvittämiseen. Tutkimusjakson pituudesta sovitaan aina etukäteen ja jaksolle asetetaan päättymispäivä. Usein potilaan hoito venyy pidemmäksi silloin, kun potilaan tilanne on jollain tavalla muuttunut, asetettuihin kuntouttamistavoitteisiin ei ole päästy tai tarvitaan jatkoselvityksiä. Tällöin tutkimusjakso muuttuu hoitojaksoksi. (Karttunen 2009, 1.)

Hoitojakson tavoitteena on vahvistaa potilaan toimintakykyä, hyödyntää potilaan jäljellä olevia voimavaroja ja tukea potilasta kokemaan elämä mielekkäänä sekä vahvistaa kotona pärjäämistä kotihoidon tuella. Kokonaisvaltainen ja kuntouttava hoitotyö käsittää myös omaisten tukemisen ja ohjauksen. (Karttunen 2009, 1.)

Usein ikääntyneillä on lisäksi muita yleiskuntoon vaikuttavia sairauksia tai muistisairaus on ehtinyt edetä jo pitkälle ennen hoitoon hakeutumista. Mikäli potilas tarvitsee jatkohoitopaikkaa, niin jonojen pituudesta riippuen hoitojakso oletetusti pitenee. Kotiutuneet potilaan ohjataan avoterveydenhuollon piiriin, jossa heitä seurataan säännöllisesti. (Karttunen 2009, 1.)

4 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että kognitiivisia taitoja (Käypähoito 2010). Kognitiivisia eli älyllisiä toimintoja ovat muisti, oppiminen, keskittyminen, tarkkaavaisuus, hahmottaminen, orientaatio, tiedon käsittely, ongelmien ratkaisu sekä toiminnanohjaus (Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos 2013). Tikkanen ja Voutilainen (2010, 51) kirjoittavat, että ajattelutapa, jonka mukaan ikäihmiset eivät enää opi uusia asioita tai eivät pysty sopeutumaan muutokseen, on virheellinen. Ihmisen looginen päättelykyky ei huonone iän myötä. Nämä eivät siis ole tavallisia ikääntymismuutoksia, vaan merkki muistisairaudesta.

Käypähoidon (2010) mukaan muistisairaudet ovat kansantauti. Joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa kärsivänsä jonkin tasoisista muistioireista. Vuonna 2004 Suomessa oli noin 120 000 henkilöä, joilla kognitiivinen toiminta oli lievästi heikentynyt. 35 000 henkilöä kärsi lievästä ja 85 000 vähintään keskivaikeista dementiaan oireista. Uusia dementiaan asteisia muistisairaustapauksia ilmenee Suomessa vuosittain noin 13 000. Työikäisistä lähes 10 000:lla on etenevä muistisairaus. Luvut ovat suuria siitäkin huolimatta, että edelleen merkittävä osa sairauksista jää diagnosoimatta. (Käypähoito 2010.) Vaikka jotkut dementoivat sairaudet puhkeavatkin alle 65-vuotiaina, ovat sairastuneet useimmiten yli 75-vuotiaita (Telaranta 2001, 126).

Alhaisen, Erkinjuntin, Rinteen & Soinisen (2006, 23) mukaan on arvioitu, että väestön ikääntymisen myötä myös dementoivat sairaudet lisääntyisivät. Arvion mukaan vuonna 2030 Suomessa olisi noin 128 000 keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavaa, kun vuonna 2005 heitä oli noin 85 000.

Uskotaan, että muistisairauksia voidaan ehkäistä huolehtimalla sydämen ja aivojen terveydestä sekä alentamalla verenpainetta. Muistisairauksien aiheuttamia oireita voidaan lievittää ja hidastaa lääkkeillä, mutta parantavaa hoitokeinoa sairauteen ei toistaiseksi vielä ole. Etenevät muistisairaudet johtavat useimmiten muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. (Käypähoito 2010.) Heimonen ja Voutilainen (2001, 28) kertovat Alzheimerin, Lewyn kappale

-taudin ja vaskulaarisen dementian kuuluvan yleisimpiin dementiaa johtaviin sairauksiin.

4.1 Dementia

Käypähoito (2010) kirjoittaa, ettei dementia ole sairaus, vaan oireyhtymä. Dementialla tarkoitetaan useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentymistä aikaisempaan suoritustasoon nähden niin, että itsenäinen selviytyminen jokapäiväisissä toimissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa on hankalaa.

Dementiassa kognition heikentyminen johtuu elimellisestä syystä. Dementia todetaan lääkärin tekemien tutkimusten perusteella. Dementiaa voi aiheuttaa etenevä sairaus, kuten Alzheimerin tauti tai jälkiseuraus aivovammasta. (Erkinjuntti 2008, 124:1665 - 6.)

Lievässä dementiassa henkilön työkyky ja sosiaalinen selviytyminen ovat merkittävästi heikentyneet, mutta he pystyvät silti elämään itsenäisesti ja heidän arvostelukykynsä on kohtuullinen. Keskivaikeassa dementiassa itsenäinen selviytyminen on jo vaarantunut, autolla ajokyky on usein heikentynyt ja heidän oikeustoimikelpoisuutensa on rajoittunut. Vaikeassa dementian asteessa henkilö tarvitsee jatkuvaa valvontaa sillä hän ei enää pärjää päivittäisissä toiminnoissa itsenäisesti. (Erkinjuntti 2008, 124:1665 - 6.)

Muistisairauden diagnosoinnin ja dementian seulonnan apuvälineenä käytetään Mini Mental State Examination-asteikkoa (MMSE). Kokonaispistemäärä MMSE-testissä on 30. Poikkeavan suorituksen raja-arvona pidetään 24 pistettä. Henkilö, jonka kognitiivinen toimintakyky on lievästi heikentynyt, MMSE-pisteet ovat 24 - 30. Lievässä dementiassa MMSE-pisteet ovat 18 - 23 pistettä, keskivaikeassa dementiassa 12 - 17 pistettä ja vaikeassa dementiassa pisteitä saadaan 0 - 11. (Terveys- ja hyvinvoinnilaitos 2012 - 2013.)

MMSE:ssä suoriutumiseen vaikuttaa kuitenkin myös henkilön koulutustaso. On arvioitu, että korkeasti koulutetuilla jo 27 pistettä viittaa poikkeavaan suoritukseen, toisaalta jopa 30 pistettä saavilla voi olla alkavaa muistihäiriötä.

Vähän koulutetuilla edes 23 pistettä ei kuitenkaan välttämättä viittaa muistisairauteen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2012 - 2013.)

4.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on tavallisin dementiaa aiheuttava sairaus. Sitä sairastaa 60 - 70 % kaikista keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneista potilaista. (Alhainen ym. 2006, 27 - 29.) Alzheimerin taudin varsinaista aiheuttajaa ei tunneta, mutta tiedettyjä riskitekijöitä ovat korkea ikä, naissukupuoli, matala koulutustaso, korkea verenpaine ja kolesterolin sekä masennus ja geneettinen alttius (Telaranta 2001, 17). Alzheimerin tauti todetaan muistitestien, neuropsykiatrisen tutkimuksen, kliinisen tutkimuksen sekä magneettikuvauksen avulla (Erkinjuntti & Rosenvall 2013).

Alzheimer on aivoja hitaasti rappeuttava sairaus, jossa erityisesti aivojen muistijärjestelmään liittyvät hermosolut ja aivoalueet vaurioituvat. Aivojen tärkeissä hermoradoissa välittäjäaine asetyylikoliini, jota hermosolut tarvitsevat toiminnassaan, vähenee. (Heimonen & Voutilainen 2001, 28 - 29.) Sairaus etenee yleensä hitaasti ja tasaisesti, joskin nopeamman etenemisen vaiheet eivät ole epätavallisia. Sairauden hoidossa lääkkeitä on jonkin verran hyötyä. Hyöty voi näkyä kognitiivisten taitojen parantumisena tai käytösoireiden lievittymisenä. Taudin kehittymistä varmuudella estävää tai tautia parantavaa lääkettä ei ole. Hoidon tavoitteena on parantaa toimintakykyä ja pidentää avohoidossa selviytymistä. Hoito lopetetaan, kun siitä ei ole enää näkyvää hyötyä. (Remes 2013.)

4.3 Lewyn kappale -tauti

Atulan (2012) mukaan Lewyn kappale -tauti on toiseksi yleisin rappeuttava aivosairaus Alzheimerin taudin jälkeen ja sitä sairastaa noin 20 % kaikista muistisairaista. Sairauden alkamisikä on useimmiten noin 65-vuotiaana. Myös Lewyn kappale -taudin aiheuttaja on tuntematon. Lewyn kappale -taudissa aivojen hermosoluja vaurioittaa poikkeavasta valkuaisaineesta muodostuvat Lewyn kappaleet. Taudin oireet voivat muistuttaa paljon Alzheimerin taudin oireita, tosin sen eteneminen on jonkin verran nopeampaa. Lewyn kappale -taudissa aivoissa

näkyvät muutokset ovat suurelta osin samanlaisia kuin Alzheimerin taudissa ja siksi myös oireissa on yhtäläisyyksiä. Yhtäläisyyksiä löytyy myös Parkinsonin taudin kanssa. Tällaisia yhtäläisyyksiä ovat esimerkiksi kankeus, hidasliikkeisyys, jäykistyminen ja joskus myös vapina. Taudille ominaista ovat tiedonkäsittelyoireiden lisäksi toistuvat näköharhat, ekstrapyramidaalioireet, kuten jähmeys, hitaus ja kävelyvaikeus. Sairauden eteneminen on alkuun usein hidasta. Lewyn kappale -tautia esiintyy hieman enemmän miehillä kuin naisilla. (Atula 2012.) Sairauteen liittyy myös vireyden ja kognitiivisten toimintojen vaihtelua sekä pyörtyilyä tai outoja vihanpurkauksia (Heimonen & Voutilainen 2001, 33).

Lewyn kappale -taudille ei ole olemassa ehkäisevää, parantavaa tai pysäyttävää hoitoa ja sitä sairastavat henkilöt kuolevat keskimäärin sairastettuaan 10 vuotta. Näköharhojen ja käytösoireiden lääkehoito on erittäin vaikeaa, sillä jostain syystä Lewyn kappale -tautia sairastavat ovat erittäin herkkiä psyykenlääkkeille ja ne voivat jo pieninä annoksina aiheuttaa sekavuutta sekä kävelykyvyn heikentymistä. (Atula 2012.)

4.4 Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin muistisairauksia aiheuttava sairaus ja sitä sairastaa 15 - 20 % kaikista dementiapotilaista (Alhainen ym. 2006, 27 - 29).

Vaskulaariset dementiat johtuvat erilaisista aivoverenkierron häiriöistä.

Tavallisimpia syitä ovat aivoveritulpat ja läpimitaltaan pienempien aivoverisuonten tukkeutuminen. Sairauden oireet riippuvat paljon siitä, millä aivojen alueella vaurio on. (Heimonen & Voutilainen 2001, 31 - 32.) Sairauden kesto on keskimäärin 5 vuotta ja potilaiden ennuste on huonompi kuin Alzheimerin taudissa. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä (vascular cognitive impairment, VCI) on aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymä. VCI-ryhmään on usein liitetty myös Alzheimer-potilaat, joilla on kliinisesti merkittävä aivoverenkiertosairus. VCI on dementian tavoin oireyhtymä, johon liittyy monenlaisia verisuoniperäisiä tekijöitä ja aivomuutoksia. VCI:n alatyyppejä ovat pienten suonten tauti, (subkortikaalinen tauti) suurten suonten tauti (kortikaalinen, moni-infarktitauti) ja kognitiivisesti kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttamat tilat. Dementia-asteinen

laajempialainen kognitiivinen heikentymä esiintyy 25 %: lla aivohalvauksen jälkeen. (Erkinjuntti & Melkas 2013.)

Tyypillinen varhainen kognitiivinen oire on toiminnanohjauksen häiriö, johon liittyy älyllisten toimintojen hidastuminen. Muistihäiriö on usein kuitenkin vähemmän korostunut kuin esimerkiksi Alzheimerin taudissa. Käyttöoireina esiintyy masennusta, persoonallisuuden muutoksia ja psykomotorista hidastumista. Oireiden alkua on usein vaihtelevaa. Aivoverenkiertosairauteen liittyvässä muistisairaudessa keskitytään sen syihin ja vaaratekijöihin sekä hoidetaan jo todettuja sairauksia. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 148.)

5 KIVUN MÄÄRITELMÄ JA FYSIOLOGIA

Kivulla tarkoitetaan epämiellyttävää aistimusta ja tunnepohjaista elämystä, johon liittyy kudosvaurio, sen uhka, tai sitä voidaan kuvata kudosvaurion käsittein. Kipu voidaan määritellä myös niin, mitä yksilö sanoo sen olevan, ja kipu sijaitsee siellä, missä yksilö sanoo sen olevan. (Kankkunen, Suominen & Taponen 2007, 311 - 312.)

Ikääntyneen pitkäaikainen kipu voi aiheuttaa kognition huononemisen lisäksi elämänlaadun heikentymistä, vähentää liikuntakykyä, lisätä onnettomuusalttiutta, haasteellista käyttäytymistä ja jopa kuolleisuutta. Myös unettomuus, masennus ja muistamattomuus voivat johtua kivusta. Kotona asuvien kipu lisää terveydenhuollon palvelujen käyttöä. Kaikkien näiden asioiden vuoksi on erittäin tärkeää, että kipu tunnistetaan ja hoidetaan tehokkaasti. (Tikkanen & Voutilainen 2010, 248 - 249.) Sihvonen (1999) kertoo, että ihmisen ikääntyessä elimistössä tapahtuu fysiologisia muutoksia, jotka aiheuttavat muutoksia myös kipujärjestelmässä (kuvio 5).

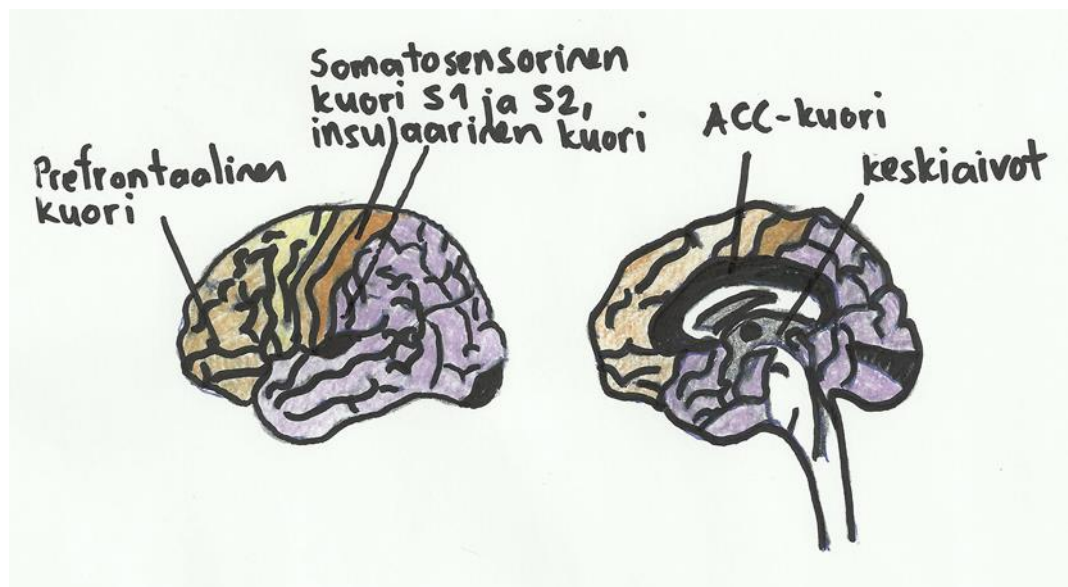
Kipu on yhtä aikaa fysiologinen ilmiö sekä tunne- ja aistikokemus. Kipua voi aistia ja kokea vaikka vauriota ei olisikaan. Kipu on henkilökohtaista ja eri ihmiset kokevat sen eri tavoin sillä se on sidoksissa yksilön kokemuksiin ja kulttuuriin. Kipuun liittyy fysiologiset muutokset kuten tunteet, ajatukset, yksilön toiminta, sosiaaliset suhteet ja monet muut tekijät. Näiden takia kivun tunnistaminen ja hoitaminen vaatii paljon tietoa ja taitoa. (Hagelberg, Kauppila, Närhi & Salanterä 2006, 7.)

Aivoissa on laaja hermoverkosto, johon keskushermoston kautta tulevat kipuärsykkeet vaikuttavat. Kivun kokemus syntyy aivojen hermoverkostossa. Kipua välittävät hermoradat kulkevat selkäytimen etuosassa nousten kohti aivoja. Osa radoista päättyy keskiaivoihin ja toiset jatkavat suoraan aivokuoreen (kuvio 1). Toinen tärkeä informaatiovirta kulkee aivorungon kautta. (Vainio 2009c.)

Kipuelämyksen syntyyn liittyy sensorinen, kipua erittelevä osatekijä. Somatosensorisessa kuorikerroksessa (kuvio 1; S I ja S II.) sijaitsee aivokuoren kipua havaitseva keskus, joka käsittelee talamuksen kautta nousevaa informaatiota. Somatosensorinen kuori arvioi myös kipuärsykkeen ominaisuuksia kuten kestoa, voimakkuutta ja erityisesti sijaintia. Amerikkalaiset tutkijat ovat

kuvanneet potilaan, jolla oli kyseisen alueen vaurio aivoissa. Tämä potilas ei kyennyt paikantamaan kipuärsykettä eikä myöskään nimennyt tuntemusta kivuksi, vaikka hän koki sen epämiellyttävänä ja veti kätensä nopeasti pois kivun lähteestä. (Vainio 2009c.)

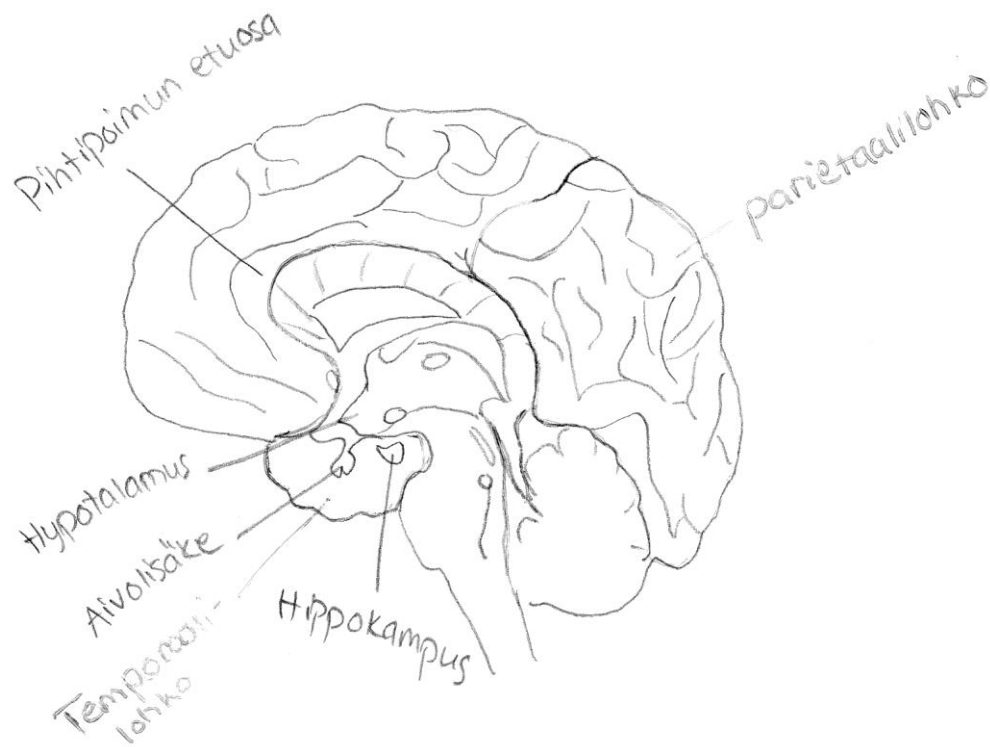
Ensimmäinen aistinvarainen hermosäie kuljettaa kipuaistimuksen periferiasta selkäyttimeen. Talamuksesta kipuaistimus etenee kolmeen suureen aivokuoren alueeseen, joita ovat 1) somatosensorinen kuori, jossa paikantuu aistimus terävästä, pistävästä nopeasta kivusta, 2) limbiseen systeemiin, hippokampukseen, (mukaan lukien pihtipoimun ja muut samaan alueeseen liittyvät alueet) joissa paikantuu kipukokemus hitaasta kudonsvaurio kivusta sekä 3) yleiseen kortikaaliseen alueeseen (kuvio 2). (Nolte 2002 ja Young & Young 1997, Chang & Tsai 2004, 365 - 366 mukaan.)



Kuvio 1. Kivun havaitseminen ja kokeminen aivoissa (Vainio 2009b).

Ropperin ja Victorin (2001) mukaan ruumiinavaus todistaa, että aivoatrofia on tunnusomainen piirre Alzheimerin taudissa. Atrofiaa voi esiintyä seinämänmyötäisessä ohimolohkossa ja tai frontaalilohkossa. Äärimmäinen atrofia hippokampuksessa temporaalilohkossa on uskottu olevan Alzheimerin taudin peruste. (Chang & Tsai 2004, 365.) Mikroskooppinen tutkimus näyttää laajalle levinnyttä, läpimitaltaan suurten neuronien menetystä alueella. Neuronien tuho parietaalilohkosta voi vaikuttaa potilaan kykyyn kivun kunnolliseen

paikantamiseen. Vamma hippokampuksessa, joka paikantuu temporaalilohkoon, on vastuussa potilaan lyhytaikaisesta muistista. Jos potilaalla on neuronien menetystä tällä alueella, voi hänellä olla vaikeuksia muistaa kipua tai ilmaista sitä verbaalisesti. Frontaalilohkon alueen vaurioituminen voi vaikuttaa potilaan persoonan muutokseen. Kaiken lisäksi vaurio hippokampuksen alueella voi saada potilaan unohtamaan päiviä sitten esiintyneen kivun, unohtamaan mitä kysyttiin tai unohtamaan sanoja, eikä siksi pysty vastaamaan kysymyksiin. (Chow 2000, Chang & Tsai 2004, 366 mukaan.)



Kuvio 2. Kivun havaitseminen ja kokeminen aivojen eri osissa (Isometsä & Melartin 2013).

6 KIVUN LUOKITTELU

Kivulle on luotu monia erilaisia luokittelumenetelmiä ja yleisin luokittelu on jako krooniseen ja akuuttiin kipuun. Kipu muuttuu krooniseksi, kun sen kesto ylittää kudosten tavallisen paranemisajan. (Vainio 2009a, 150.) Kroonisen kivun tyypit voidaan jakaa nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun (Haanpää 2010).

Perinteinen kivun luokittelumenetelmä perustuu anatomiaan. Paikan mukaan luokiteltaessa puhutaan esimerkiksi pään kivusta tai yläraajan kivusta. Kipuja on myös luokiteltu aiheuttajan mukaan, jolloin kipu määritellään esimerkiksi syöpäkipuksi. Aina kivun aiheuttajaa ei kuitenkaan saada selville. (Vainio 2009a, 150.)

6.1 Akuutti ja krooninen kipu

Kipu voi olla akuuttia eli lyhytaikaista tai kroonista eli pitkäaikaista. Niiden merkitys, mekanismit ja hoitokeinot ovat erilaisia. Akuutti kipu johtuu yleensä elimellisestä tekijästä kuten haavasta, luunmurtumasta, leikkauksesta tai tulehduksesta ja lievenee tavallisesti vaurion paranemisen myötä. (Vainio 2004, 17.) Akuutin kivun merkitys on varoittaa elimistöä uhkaavasta vaarasta, esimerkiksi kudosvauriosta (Sailo & Varti 2000, 34). Vanhuksella akuutin kivun yleisimpiä syitä ovat kaatumisten aiheuttamat traumat, osteoporoosista johtuvat nikamamurtumat, primaarin nivelrikon oireiden pahenemisvaiheet, syöpä, sekä muunmuassa iskeeminen sydänsairaus, vyöruusu ja perifeerinen vaskulaarinen sairaus (Rapo-Pylkkö 2012, 21). Useat tilanteet, jotka aiheuttavat kovaa kipua nuorella, voivat vanhuksilla olla lähes tai täysin kivuttomia. Tällainen kipu voi olla esimerkiksi sydäninfarkti. Sen oireena voi esiintyä yleistilan laskua, sekavuutta tai levottomuutta, mutta itse kipu puuttuu. (Hagelberg ym. 2006, 199.)

Kivun kroonistumista voidaan estää hoitamalla akuutti kipu mahdollisimman hyvin. Kipu on kroonista, kun se on kestänyt yli 3 kuukautta tai ylittänyt kudosvaurion normaalin paranemisajan. (Haanpää 2010.) Kroonisessa kivussa kipu ei toimi enää elimistön varoitusmerkkinä vaan kivusta on tullut sairaus. Jatkuva kipu voi hallita elämää ja siihen voi liittyä masennusta, unettomuutta,

väsymystä, ruumiintoimintojen lisääntyntä tarkkailua ja sosiaalisten suhteiden vähenemistä. Kipu heikentää elämänlaatua ja aiheuttaa kärsimystä, mikä vaikuttaa myös henkilön läheisiin. (Sailo & Varti 2000, 34 - 35.)

Kroonisen kivun taustalla voi olla keskushermoston kivunsäätelymekanismien vika, "väärä hälytys" tai viestityshäiriö, jota erilaiset biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät voivat ylläpitää (Vainio 2004, 17). Kroonisen kivun esiintyvyys esimerkiksi 70 - 74-vuotiailla on noin 30 %. Yleisimpiä syitä vanhusten kroonisiin kipuihin ovat nivelrikko, osteoporoosi, selän degeneratiivisista sairauksista johtuvat kivut, pehmytosakivut sekä niveltulehdukset. (Rapo-Pylkkö 2012, 22.)

6.2 Nosiseptiivinen kipu

Nosiseptiivinen kipu eli kudsvauriokipu johtuu nimensä mukaisesti kudsvauriosta. Kivun syy on tällöin hermoston ulkopuolella. (Haanpää 2010.) Kipu syntyy, kun kipuhermopäätteet reagoivat voimakkaalle kudsvaurio ärsykkeelle ja kipureseptorit aktivoituvat. Kipu yleensä häviää kun vaurio paranee. (Hagelberg ym. 2006, 35.)

Nosiseptiivinen kipu voidaan jakaa somaattiseen eli lihasten, luuston, ihon ja sidekudoksen kipuun sekä viskeraaliseen eli sisäelimestä johtuvaan kipuun. Viskeraalinen kipu on yleensä vaikeasti paikannettavissa, koska kipu tuntuu laajemmalla alueella, kuin se elin, josta kipu on lähtöisin. Tyypillisiä kiputiloja ovat tulehdukset, iskemiat ja kasvaimet. (Sailo & Varti 2000, 32 - 33.)

6.3 Neuropaattinen kipu

Neuropaattisessa kivussa syynä on vaurio itse kipuradassa. Hermoston muutosten seurauksena tuntoaisti toimii poikkeavasti, jolloin aikaisempi kivuton ärsyke, esimerkiksi kosketus, saattaa aiheuttaa voimakkaan kivun. Toisaalta voidaan todeta myös tunnon heikentymistä eri ärsykeille. (Haanpää 2010.) Krooninen neuropaattinen kipu voi olla perifeeristä, sentraalista tai kombinoitunutta. Kipu ei aina tunnu vauriokohdassa, vaan vahingoittuneen hermon hermotusalueella. Tyypillisiä piirteitä kivulle ovat epänormaali tuntemukset esimerkiksi pistely, lämmöntunto, puutuneisuus ja tuntuhäiriöt. (Vainio 2009a, 156 - 157.)

Neuropaattinen kipu osana kroonista kipua on vanhuksilla varsin yleinen ja haasteellinen tunnistaa sekä hoitaa. Vanhuksilla noin 25 %:lla on kroonisessa kivussa mukana neuropaattista kipua. Vanhuksilla neuropaattisen kivun esiintyvyyttä lisäävät tyypillisesti ikääntyville kuuluvat sairaudet kuten diabetes, vyöruusu, syövät ja aivoverenkiertosairaudet. (Rapo-Pylkkö 2012, 22.)

6.4 Idiopaattinen kipu

Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan sitä, että potilaalla ei voida todeta kipua selittävää kudos- tai hermovauriota (Vainio 2009a, 157). Yleensä idiopaattinen kiputila on kestänyt vähintään kuusi kuukautta, mutta kliinisissä tutkimuksissa kivulle ei löydetä somaattista syytä tai löydökset ovat hyvin vähäiset. Vaikka somaattista syytä ei löydetä, se ei tarkoita, ettei kipu ole olemassa. Idiopaattisesta kivusta käytetään myös nimitystä krooninen kipuoireyhtymä. (Hagelberg ym 2006, 81 - 82.)

Pitkään jatkuneessa kivussa keskushermoston kipujärjestelmä herkistyy ja koetut oireet ovat epäsuhtaiset kivun aiheuttajan kanssa. Tällaisissa kiputiloissa usein psykologisten ja psyykkisten tekijöiden osuus on huomattava, mutta vaikea määrittää. Myös kipu ja masennus liittyvät usein yhteen, mutta näiden välinen syy-seuraussuhde on vaikea määrittää, koska pitkään jatkunut kipu voi olla depressiolle altistavaa. (Hagelberg ym. 2006, 37.) Yleisin idiopaattinen kiputila on fibromyalgia, eli pehmytkudosreuma, jossa potilaalla on laaja-alaiset säryt (Haanpää 2010).

7 KIVUN ARVIOINTI

Ihmisen oikeus yksilölliseen kivun arviointiin ja tehokkaaseen kivunhoitoon on yksi terveydenhuollon eettisistä periaatteista. Kivuttomuus on jokaisen ihmisoikeus kognition tasosta huolimatta. Dementoituneiden kommunikoinnin ja itseilmaisun vaikeutuessa he tarvitsevat asiantuntevan hoitohenkilöstön osaamista kivun tunnistamiseen ja hoitamiseen. Alzheimerin tauti aiheuttaa muutoksia erityisesti kivun affektiivisella alueella ja siksi Alzheimer potilaiden uskotaan kärsivän muita enemmän akuutista kivusta. Muistisairautta sairastavien kipukynnys ei Tikkasen ja Voutilaisen (2010, 247 - 248) mukaan poikkea terveiden ikääntyneiden kivun minimitasosta. Kivun sietokyvyn on kuitenkin todettu olevan hieman korkeampi kuin muilla ikääntyneillä. Eli käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että muistisairaudesta kärsivät ikääntyneet ovat yhtä herkkiä kivulle kuin muutkin, he eivät vain välttämättä kykene tulkitsemaan tuntemustaan kivuksi. (Tikkanen & Voutilainen 2010, 247 - 248.)

Ihmisen vanhetessa kasvaa todennäköisyys terveydentilasta, joka altistaa toistuvalla kipukokemukselle. Kipukokemus voi olla akuutti tai toistuva, sinnikäs kipu. Aiheuttajia ovat nivelsairaudet, osteoporoottiset murtumat, Parkinsonin tauti ja diabetes. Myös vanhusten yksinäisyys ja masennus voivat edistää epämiellyttävää tuntemusta tai kipua, jota monet kokevat. On olemassa monenlaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat kivun kokemukseen ja herkkyyteen dementikoilla. (Cunningham, Kelly & McClean 2010, 29 - 31.)

Dementia ja kivut ovat yleisiä laitospotilailla. Potilaan kyky ilmaista kipua heikkenee muistihäiriön edetessä. Tällöin hoitajan tulee havainnoida potilaan käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia. (Björkman ym. 2007a, 2547.)

Muistisairautta sairastavien kivun tunnistaminen on hankalaa. Tehokkaaseen kivunlievitykseen tulisi pyrkiä, ettei kipu huonontaisi potilaan toimintakykyä entisestään. Kipu voi olla myös syynä potilaan käytösoireisiin, unihäiriöihin ja toimintakyvyn heilahteluun. (Erkinjuntti ym. 2006, 493 - 494.) Kotovainion ja Mäenpään (2013) mukaan kivun kokeminen on yksilöllistä ja sitä tulee arvioida sitä tiheämmin, mitä vaikeampi kiputila on. Kivun arviointiin potilaan tarkkailun ja tutkimusten ohella voidaan käyttää myös kipumittareita.

Kipu tai kivun pelko voi aiheuttaa sekavuutta, desorientoituneisuutta ja jopa tajunnan menetystä. Järjestelmällisen kivun arvioinnin tulisi sisältää seuraavat asiat: kivun sijainti ja voimakkuus, kivun laatu ja kesto, kivun ilmaistavat ja lievitystavat, kipua aiheuttavat ja lisäävät tekijät sekä kivun vaikutukset henkilöön. (Tikkanen & Voutilainen 2010, 252.)

Hoitajan asema tiedonvälittäjänä on keskeinen geriatrisen tiimin jäsenten kesken. Hoitaja väittää tiedon potilaalta lääkärille ja lääkäriltä potilaalle. Tätä mahdollisimman muuttumatonta tiedonkulkua auttaa systemaattinen havaintoihin perustuva kirjaaminen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 206 - 207.)

Kipua arvioitaessa potilasta tarkkaillaan; Tarkkailun kohteina ovat:

- hengitys -> rytmi, tiheys, syvyys
- iho -> lämpö, kosteus, väri
- ilmeet ja eleet -> kulmien kurtistelu
- levottomuus, ääntely ja itkeminen
- ärtyisyys, jännittyneisyys, tuskaisuus

Löydökset:

- hengitys on tiheää, pinnallista
- verenpaine ja pulssi ovat koholla
- iho on hikiäinen tai kylmänhikiäinen. (Kotovainio & Mäenpää 2013.)

Kivun arvioinnin ja kirjaamisen tulee olla säännöllistä. Puutteellinen kivun arviointi johtaa puutteelliseen hoitoon. Käytettyä kivun mittaamenetelmää tulisi käyttää koko hoitajakson ajan, jotta mittaukselliset tulokset olisivat vertailukelpoisia. Kivun voimakkuutta tulisi mitata ennen annettavaa hoitoa, hoidon aikana sekä hoitomuotojen vaihtuessa. (Kuusisto 2012.)

Muistisairas saattaa reagoida kipuun kieltämällä kehon kipeän osan koskettamista, lisäämällä lihasjännitystä tai puremalla hampaita yhteen. Aiemmin sosiaalisen henkilön muuttuminen hiljaiseksi ja vetäytyneeksi tai ennen iloisen ihmisen itkeskeleminen usein, saattavat olla merkkejä kivun kokemuksesta. (Tikkanen & Voutilainen 2010, 253.) Useat tutkimukset korostavat potilaan tuntemisen tärkeyttä kivun arvioinnin onnistumiseksi dementoituneilla (Fetherstonhaugh, McAuliffe, Nay & O'Donnell 2008, 6).

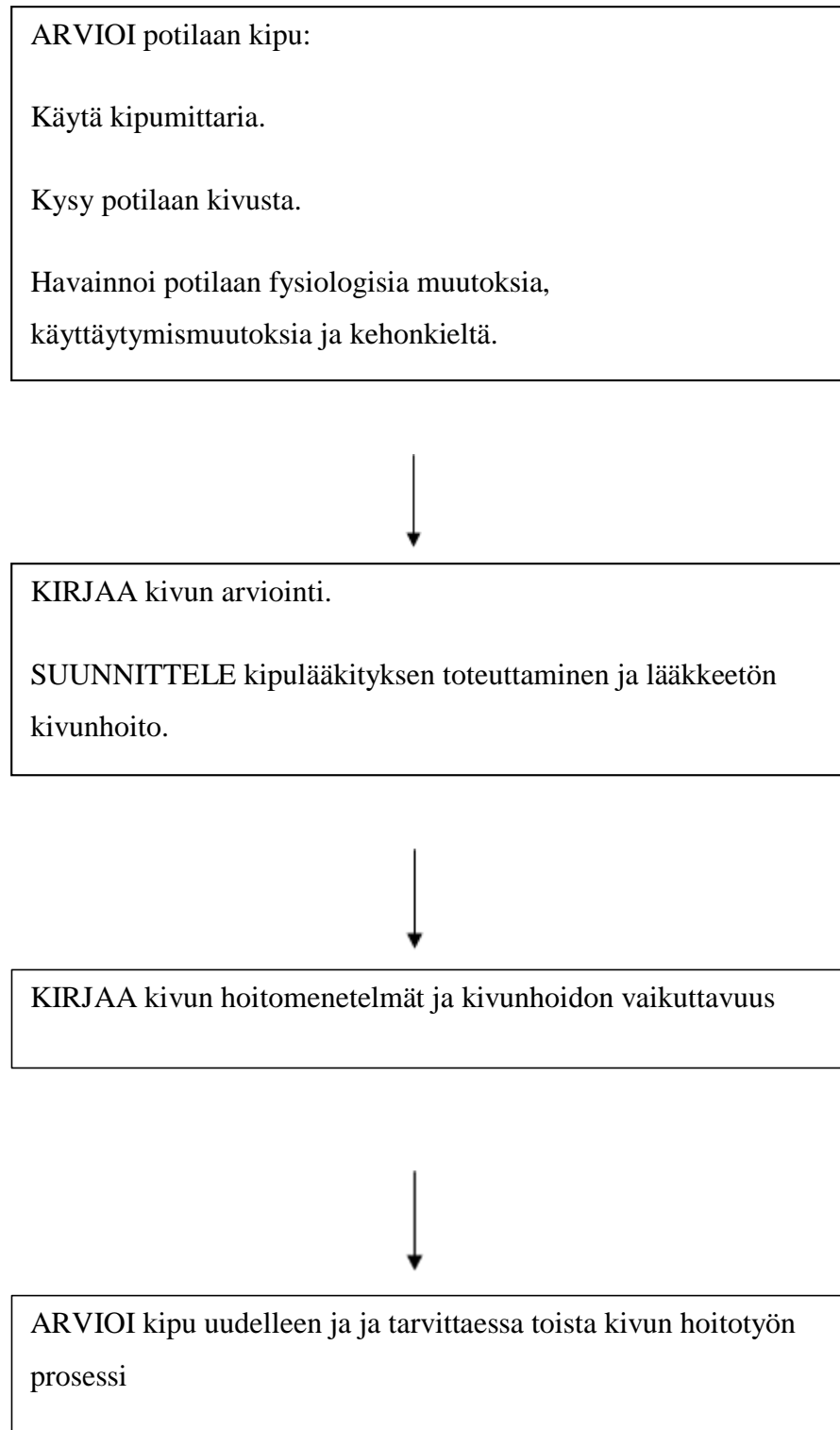
Kivusta kysyttäessä tulee käyttää riittävästi ääntä ja antaa potilaalle aikaa vastaukseen, toistaa kysymys tai esittää kysymys yksinkertaisemmin: ”onko sinun hyvä olla?” (Tikkanen & Voutilainen 2010, 254 - 255). Muistisairaalla kivun aiheuttamat muutokset ovat yksilölliset eikä niitä välttämättä jonkun kohdalla näy ollenkaan. Siksi potilaan tunteminen olisi tärkeää kivun tunnistamisen helpottamiseksi. (Tikkanen & Voutilainen 2010, 256 - 257.) Tikkanen ja Voutilainen (2010, 249) mukaan kivun hoitotyö on prosessi, (kuvio 2) joka muodostuu arvioinnista, suunnittelusta, toteutuksesta, hoidon vaikuttavuuden arvioinnista ja dokumentoinnista sekä uudelleen arvioinnista.

7.1 Kivun hoitotyön prosessi

Kivun hoitotyön prosessimalli jäsentää kivun hoitotyötä ja tekee siitä harkittua ja tietoista toimintaa. Toiminta perustuu kivun tunnistamiseen ja ratkaisemiseen. Kivun arviointia suoritetaan säännöllisesti prosessin onnistumiseksi. Kivun arvionti toteutuu hoitajan toimesta potilaan vierellä kaikkina vuorokauden aikoina ja erilaisissa tilanteissa. Kivun säännöllinen arviointi auttaa toteuttamaan lääkehoitoa ja valitsemaan potilaalle sopivat hoitotyön auttamismenetelmät. Erilaiset mittarit helpottavat hoitajan päätöksentekoa kivun lääkehoidon valitsemisessa. (Heikkinen, Kauppila, Murtola, Salanterä & Siltanen 2013, 5 - 6.)

Kivun hoitotyöhön liittyvä päätöksenteko tulee näkyä kirjaamisessa, josta ilmenee, mitä päätöksiä potilaan kivunhoidosta on tehty. Päätösten tulee olla perusteltuja ja kirjauksesta pitää selvitä, mikä vaikutus hoidolla on ollut. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellyttää, että potilaskertomukseen merkitään potilaan kivunhoidon järjestämisen sekä sen suunnittelun, toteuttamisen

ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Kirjaamisella on tärkeä merkitys potilasturvallisuudelle, potilaan ja henkilökunnan oikeusturvalle sekä kivunhoidon laadun kehittämiseksi. (Heikkinen ym. 2013, 5 - 6.) Kuviossa 3 on kuvattu kivun hoitotyön prosessi vaiheittain.



Kuvio 3. Kivun hoitotyön prosessi (Tikkanen & Voutilainen 2010, 249).

7.2 Apuvälineet ja mittarit

Lievää dementiaa sairastavan kivun arvioinnissa voidaan käyttää kivun itsearviointimittaria, (VAS) jossa potilas itse arvioi kivun astetta asteikolla 0 - 10. Tulokset kipumittareiden soveltuvuudesta ovat ristiriitaisia, sillä Pautexin (2006) työryhmän mukaan myös vaikeasti dementoituneet kykenisivät käyttämään sanallista kipumittaria, sekä VAS- ja kasvoasteikkoa. (Tikkanen & Voutilainen 2010, 253 - 254.) Zwakhalen ym. (2006) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan ainoastaan PACSLAC ja DOLOPLUS2 olisivat luotettavia ja kliiniseen käyttöön soveltuvia kipumittareita muistisairaille vanhuksilla (Tikkanen & Voutilainen 2010, 256 – 257).

Suomenkielisistä mittareista soveltuvin ja luotettavin olisi tutkimusten mukaan PAINAD-mittari (Tikkanen & Voutilainen 2010, 258 - 259). Myös espanjalainen tutkimus kipumittareiden hyödynnettävyydestä kommunikoimaan kykenemättömillä dementiaa sairastavilla kertoo PAINAD-Sp:n olleen soveltuva käyttöön. Henkilökunta pystyi käyttämään mittaria jo pienen harjoittelun jälkeen. (Alaba, Arriola, Buiza, Garcia-Soler, Hernández, Iglesias, Navarro, Sánchez, Vaca & Zulaica 2013.) PAINAD-mittarin puolesta puhuvat lisäksi Hurley, Volicer ja Warden, (2003) joiden mukaan PAINAD on yksinkertainen, validi ja luotettava väline kivun arviointiin kommunikoimaan kykenemättömillä vanhuksilla.

Björkman ym. (2007a, 2547 - 2552) kirjoittavat Suomen lääkirlehdessä tekemästään vertailusta kipumittareiden soveltuvuudesta iäkkäillä dementiaa sairastavilla. Tutkimukseen oli osallistunut 297 potilasta, joista 95 oli akuuttigeriatrian vuodeosaston > 65-vuotiaita potilaita ja 202 terveyskeskuksen potilaita. Vertailussa olivat PAINAD- ja RAI-kipumittarit. PAINAD-mittarissa havainnoidaan potilaan hengitystä, ääntelyä, kasvojen ilmeitä, kehon kieltä sekä lohduttamisen tarvetta. Arvioinnin tekeminen kestää noin 5 minuuttia. Kiputulos on asteikolla 0 - 10. RAI-mittarin arvioinnista puuttuu kokonaan objektiivinen kivun kokemuksen arviointi, joka taas on suuressa merkityksessä kommunikoimaan kykenemättömän henkilön kivun arvioinnissa. RAI-AC-mittari on kehitetty akuutin kivun arviointiin ja RAI-LTC pitkäaikaisen kivun arviointiin.

RAI-AC-mittarilla kivuttomiksi todetuista potilaista joka toinen todettiin PAINAD-mittarilla kivuliaaksi levossa. Hoitotoimenpiteen aikana luku oli jo yli kaksi kolmesta. Tutkimuksen tekijöiden kokemuksen perusteella todettiin RAI-järjestelmän soveltuvan PAINAD-mittaria huonommin vaikeasti dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin. Heidän saamansa palautteen perusteella PAINAD-mittarin käyttöönotto oli koettu vaivattomaksi ja kivusta kirjaamisen koettiin myös helpottuneen mittarin käytön avulla. (Björkman ym. 2007a, 2547 - 2552.)

Pitkälä, Strandberg, Sulkava, Tilvis & Viitanen (2010, 337) mukaan kuitenkin kaikki kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kivun arviointimenetelmät olisivat aina vajavaisia, sillä käyttäytymismuutosten taustalla voi olla esimerkiksi jano, virtsaamis- tai ulostamistarve, depressio, psykoosi tai epämiellyttävä vaatus.

7.3 PAINAD-mittari

PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale) on kehitetty pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien kivun arviointiin (Salanterä 2006, 40). PAINAD-mittarin käyttö perustuu kivun aiheuttaman käytöksen muutoksen havainnointiin. Mittari rakentuu viidestä osasta: hengitys, ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohdutettavuus (kuvio 3). Jokaisessa kategoriassa on pisteluokat 0 - 2, jotka kuvaavat kivun aiheuttamia käyttäytymisen muutoksia. (Björkman, Sorva & Tilvis 2007b, 4 - 6.) Esimerkiksi kasvojen ilmeitä voidaan pisteyttää seuraavasti: hymyilevä 0 pistettä, surullinen, pelokas tai kulmat kurtussa 1 piste ja kasvojen irvistys 2 pistettä. Mittarin käyttö edellyttää harjoittelua ja sille on tehty oma käyttöopas. Ennen kivun arviointia on arvioitavan käytöstä tarkkailtava noin 5 minuutin ajan. (Salanterä 2006, 40.) Kipua arvioidaan yhteenlaskettujen kokonaispisteiden 0 - 10 perusteella, jossa 0 vastaa kivutonta tilaa ja 10 voimakkainta mahdollista kipua. Kivun tasoa arvioidaan ennen hoitotoimenpiteitä ja myös niiden aikana. (Björkman ym. 2007b, 5.)

Kivun mittaaminen ja kivunhoito on jokaisen potilaan perusoikeus ja se kuuluu tärkeänä osana vanhusten terveyden- ja sairaanhoitoon. Useiden tutkimusten perusteella ilman kipumittaria hoitajan tai lääkärin tekemä arvio potilaan kivusta

on usein virheellinen. Edes pitkä työkokemus ei paranna arvioinnin onnistumista ilman mittaria. Ainoastaan pitkään samaa potilasta hoitanut hoitaja tai lääkäri saattaa pystyä arvioimaan luotettavasti kivun tasoa tai sen muutosta aikaisemmasta. Kipumittaria ei kuitenkaan pidä pitää itseisarvona tai tärkeimpänä asiana potilaan hoidossa. (Tarkkila 2005, 30 - 31.)

Seuraavassa kuviossa 4 esitellään PAINAD-mittarissa potilaasta arvioitavat osa-alueet ja niiden pisteyttäminen.

	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Ajoittainen työläs hengitys tai lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Äänekäs tai työläs hengitys, pitkiä hyperventilaatiojaksoja tai Cheyne-Stokes-tyyppinen hengitys
Ääntely	Ei ääntelyä tai tyytyväinen ääntely	Ajoittainen valitus tai vaimea negatiivis-sävytteinen puhe	Toistuva huutelu, äänekäs valittaminen tai itkeminen
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas tai huolestunut	Irvistys
Kehonkieli	Rentoutunut	Kireä, jännittynyt tai levotonta liikehdintää	Jäykkyys, käsien nyrkistely, polvien ylös vetäminen, välttely tai estely, tarttuminen, lyöminen tai potkiminen jne.
Lohdutettavuus	Ei tarvitse lohdutella	Kosketuksen tai puhuttelun seurauksena poikkeava käytös keskeytyy ja potilas rauhoittuu	Koskettelulla tai puhuttelulla ei vaikutusta poikkeavaan toimintaan, eikä potilasta saada rauhoittumaan

Kuvio 4. Dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin käytettävä PAINAD-mittari (Pitkälä ym. 2010, 338).

8 MUISTISAIRAUDEN VAIKUTUS KIVUN KOKEMUKSEEN

Cunningham ym. (2010, 29) viittaa teokseen Scherder ym. (2005) jonka mukaan dementian vaikutus kivun kokemukseen vaihtelee kivun tyyppin ja dementian vaikeuden mukaan. Heidän mukaansa kipu on usein alihoidettua, sillä dementoituneet eivät välttämättä pysty ilmaisemaan itseään suullisesti. Finne-Soveri (2007, 2543) kirjoittaa Suomen lääkärilehdessä, että kognitio ja kipu kietoutuvat toisiinsa. Kipu heikentää kognitiota, mutta toisaalta kognition heikentymisen uskotaan suojelevan kivulta.

Alzheimerin taudin kohdalla on selvinnyt, että sensorisen kiputuntemuksen kynnykset säilyvät hyvin, mutta kipujen laukaisemat autonomiset ja affektiiviset vasteet vaimentuvat. Tällöin jo vähäisetkin viitteet kipukäyttäytymisestä voivat olla merkinä merkittävästä kivusta. (Björkman ym. 2007b, 4.) Esimerkiksi Benedetti ym. (1995) huomasi tutkimuksessaan, että Alzheimerin taudissa kipukynnys ei eronnut normaalista ikääntyneestä, jolla normaali kognitiivinen kyky oli tallella. Kivunsietokyky oli kuitenkin lisääntynyt. Hänen mukaansa ihmisen kyky vastata kipuun heikkenee dementian myötä ja tämä voi ilmetä niin, että edenneessä dementiassa kipukynnys ja kivun tuntemus huomataan vasta, kun kivut ovat voimakkaita. (Cunningham ym. 2010, 31 mukaan.)

Tilvis (2004) kertoo, että kivuntunnon heikentymiseen liittyy myös välittäjäaineiden, kuten keskushermoston endogeenisten opioidien, serotoniinin ja muiden välittäjäaineiden väheneminen. Tutkimuksissa on myös huomattu, että kipujen esiintyvyys ja voimakkuus ovat nuorempiin verrattuna vähentyneet ikääntyneillä muun muassa sydäninfarkteissa, suolistoalueen tulehduksissa, nivelvaivoissa, leikkausten jälkeen sekä syöpäsairauksissa. Sitä ei kuitenkaan vielä tiedetä, kuinka paljon muutokset johtuvat biologisesta ikääntymisestä ja kuinka paljon ikääntyneiden muista sairauksista, jotka vahingoittavat autonomista hermostoa. Tilviksen (2004) mukaan varsinkin muistisairaille ikääntyneillä kivut voivat laukaista vaikeasti tunnistettavan ja hankalasti hoidettavan sekavuustilan.

Elliott, Horgas ja Marsiske (2009, 126) toteavat, että dementiaan liittyen keskushermoston systeemi muuttuu kivun sietorajan osalta, mutta ei kivun alkamispisteen osalta. Heidän mukaansa ei ole olemassa empiiristä

todistusaineistoa siitä, että dementiaa sairastavat kokisivat fysiologisesti vähemmän kipua. Mieluummin voidaan sanoa, että heillä kivun huomiointi ja verbaalinen kommunikointi vaikeuttavat kivun olemassaolon tunnistamista. Scherderin ja Van Manen (2005, 151) mukaan taas on kasvavaa todistusaineistoa siitä, että Alzheimerin tautia sairastavat kokisivat vähemmän kipua. Tähän tutkimukseen osallistui 20 Alzheimeria sairastavaa ja 17 ei-Alzheimeria sairastavaa potilasta, joilla oli nivelrikkoo ja tai osteoporoosi, mutta ei dementiaa. Tulosten analyysin perusteella tutkijat totesivat, että Alzheimeria sairastavat kokevat huomattavasti vähemmän kipua, kuin ei Alzheimeria sairastavat. Tulokset näyttivät näin sekä levossa, että kävelyn jälkeen. Tutkimuksen aineiston keruuseen osallistuivat myös potilaiden hoitoapulaiset. Kipua arvioitiin Coloured Analogue Scale, CAS:n avulla.

Toisin kuin Elliott ym. (2009, 126) ja Cunningham ym. (2010, 31) totesivat, Björkman ym. (2007b, 4 - 6) mukaan perifeerinen kipukynnys nousee vanhetessa. Artikkelin mukaan muutos johtuu hermoston A-deltasäikeiden heikentyneestä toiminnasta. Heidän mukaansa ikääntyneillä vaikean kivun sietokyky on heikentynyt ja viskeraalisen kivun tunteen vaimenemisesta on paljon näyttöä. Syynä kivun tunteen heikentymiseen pidetään autonomisen hermoston toiminnan heikentymistä, mitä taas aiheuttaa monet sairaudet. Ikääntyneet eivät kuitenkaan pidä pientä ärsytystä kipuna yhtä helposti kuin nuoret. Haasteellista onkin selvittää, missä määrin ja miten kipuaistimus ja reaktiot kipuun muuttuvat kognition heiketessä.

Hartikainen ja Lönnroos (2008, 194) uskovat myös, että ikääntyessä kipukynnys nousisi, sillä terävää kipua välittävät hermosäikeet rappeutuvat, jolloin johtumisnopeus oletettavasti hidastuu. Kivunsietokyky kuitenkin laskisi hieman kipua vaimentavien suojausmekanismien rappeutuessa. Iäkkäät myös enemmän vähättelevät kuin liioittelevat kipua, sillä kipua saatetaan pelätä merkinä sairaudesta tai lähestyvistä kuolemasta. Hartikaisen ja Lönnroosin (2008, 200) mukaan hyvä nyrkkisääntö on uskoa potilasta. Kaikki minkä potilas väittää olevan kipua, on kipua.

Hadjistavropoulos ja Malloy (2004, 148) ovat sitä mieltä, että monet tutkijat ovat epäonnistuneet yrittäessään selvittää eroavaisuuksia kivun herkkyydessä

dementiaa sairastavien ja ei-sairastavien kesken, vaikka he ovat käyttäneet tutkimuksissaan monimuotoisia menetelmäoppeja, viitaten esim. Porter ym. (1996), Hadjistavropoulos ym. (1997, 1998, 2000) & Gibson ym. (2001) tutkimuksiin.

Hagelbergin ym. (2006, 199) mukaan vanhuksen kivun oireena voi olla yleistilan lasku, sekavuus tai levottomuus, mutta varsinainen kipu puuttuu kokonaan. Myös monet vanhusten sairaudet, kuten diabetes, voivat aiheuttaa kipujärjestelmän toiminnan muutoksia.

Diabetes on riski polyneuropatialle. Polyneuropatia on symmetrinen motoristen ja sensoristen ääreishermostojen ja/tai autonomisen hermoston sairaus, joka vaurioittaa ääreishermostoja ja voi aiheuttaa tunnonalennusta. (Mervaala & Partanen 2010; Mervaala & Isomaa 2013.)

Seuraavassa kuviossa 5 esitellään muistisairautta sairastavan tyypillisiä kivun aiheuttamia käyttäytymisen muutoksia.

Käyttäytymisen muutokset

- Mielialan muutokset kuten aggressiivisuus, ärtyneisyys ja hämmentyneisyys
- Sosiaalisista suhteista vetäytyminen
- Levottomuus, tuskaisuus, hätäisyys, sekavuus, vihaisuus
- Syömättömyys
- Hoitojen vastustaminen, kipeän ruumiinosan suojeleminen, koskettamisen välttely
- Jännittynyt asento, kasvojen ilmeet; kurtistelu, irvistäminen ja pelokas ilme
- Hengityksen pidättäminen

Fysiologiset muutokset

- Laajentuneet pupillit
- Kylmänhikisyys, takykardia, kohonnut verenpaine

Ääntely

- Vaikertaminen, itku
- Äänekäs hengitys
- Huutaminen, negatiivinen ääntely tai ääntelyn lopettaminen

Kuvio 5. Muistisairautta sairastavan tyypillisiä kipuun liittyviä käyttäytymisen muutoksia (Tikkanen & Voutilainen 2010, 256).

Muistisairaahan kivun arvioinnin haasteet

Vanhetessa kipua välittävissä järjestelmissä tapahtuu muutoksia, kuten hermosyiden määrän vähenemistä ja kipuärsykkeen kulkunopeuden hidastumista. Tästä on myös päätelty, että vanhuksilla olisi heikompi kyky tuntea kipua. Vanhuksilla Alzheimerin tyyppiseen dementiaan saattaa liittyä piittaamattomuutta kipu kokemukseen, mutta toisaalta vanhusten keskushermosto on myös alttiimpi vaikeiden kiputilojen kehittymiselle. (Kalso 2009, 471.) Erityisen haasteellista kroonisen kivun tunnistaminen ja hoito on riskiryhmillä eli monisairailta, monilääkityillä, muistisairailta sekä pitkäaikaisessa hoidossa olevilla henkilöillä. Ainakin 25 %:lla laitospotilaista on arvioitu olevan vaikeasti tunnistettavia pitkäaikaisia kipuja. (Rapo-Pylkkö 2012, 22.)

Vanhusten kivun arvioinnin haasteena on yleensä taustalla oleva sairaus, kuten muistihäiriöt. Kivun arvioinnissa ne voivat vaikeuttaa potilaiden kokeman kivun ilmaisua hoitohenkilökunnalle. (Kalso 2009, 471; Husebo, Husebo, Ljunggren, Moe-Nilssen & Strand 2010, 380.) Muistitoimintojen heikentymisen lisäksi muita oireita voivat olla pienentynyt sanasto, hymyilyn puute, kyvyttömyys kävellä ilman apua, kyvyttömyys istua itsenäisesti, syömis- ja nielemisongelmat, madaltunut tajunnan taso, kyvyttömyys pään kannatteluun ja katseella seuraamiseen sekä nopea laihtuminen. Dementiaa sairastavan oireet ja käytöksen muutokset vaikeuttavat kykyä kertoa ja ilmaista kipua. Myös yksilön käyttäytymistä saattaa olla vaikea tulkita. Potilasryhmät, jotka eivät itse pysty pitämään puoliaan, tarvitsevat tuekseen ammattilaisten apua, jonka tulee olla luotettavaa ja hyvää sekä kivunhoitoa edistävää. (Salanterä 2006, 36 - 37.)

Lievästi dementoituneet pystyvät vielä sanallisesti ilmaisemaan kipukokemustaan, koska heillä ei ole todettu eroa kivun havainnoimisessa. Keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituneet eivät välttämättä kykene ilmaisemaan kipuaan sanallisesti minkä lisäksi joko potilas tai hoitohenkilökunta saattaa suhtautua kipuun välinpitämättömästi. On esitetty myös oletuksia siitä, että dementoituvan kiputunteukset ja -kokemukset muuttuisivat taudin edetessä. Vaikeasti dementoituneiden potilaiden kipua ei todennäköisesti kuitenkaan tiedosteta niin herkästi kuin ei dementoituneiden. (Kankkunen ym. 2007, 312.)

Seuraavassa kuviossa 6 esitellään ikääntymiseen liittyviä elimistön fysiologisia muutoksia, jotka saattavat vaikuttaa kivunkokemukseen.

- Aistitoiminnot heikkenevät
- Aineenvaihdunta hidastuu
- Liikkuminen vaikeutuu
- Sydämen ja verenkiertoelimistön toiminta heikkenee
- Ruoansulatuskanavan toiminta hidastuu
- Elimistön suhteellinen vedenmäärä ja lihasmassa sekä albumiinin tuotanto vähenee
- Rasvamäärä nousee
- Maksan ja munuaisten toiminta heikkenee sekä
- Alttius nestetasapainon häiriöille lisääntyy

Kuvio 6. Ikääntymiseen liittyviä fysiologisia muutoksia (Hagelberg ym. 2006, 198).

9 OPINNÄYTETYÖPROSESSI JA TIEDONHAKU

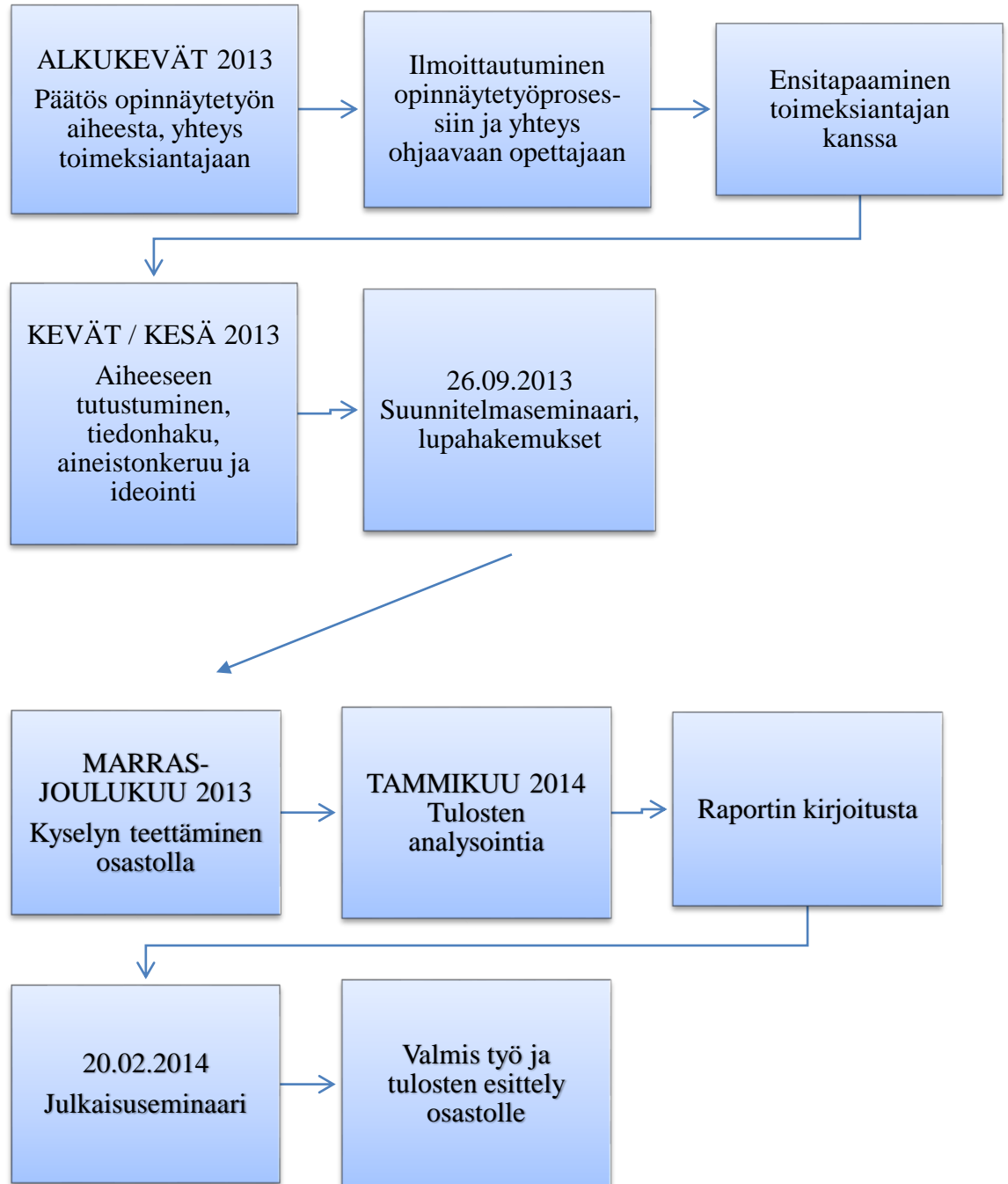
Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Lahden kaupunginsairaalan geriatrisen kuntoutus- ja tutkimusosaston kanssa. Toive työlle oli lähtöisin heidän puoleltaan. Osastolla on aloitettu hoitohenkilökunnan koulutus PAINAD-mittarin käyttöön. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa osaston tämänhetkistä tilannetta kivun arvioinnin osalta ja tutkia hoitohenkilökunnan kokemuksia mittarin käyttöönotosta sekä soveltuvuudesta muistisairaalan kivun arviointiin.

Opinnäytetyö muuttui hieman tavoitteiden osalta prosessin alussa toimeksiantajan tapaamisen jälkeen juuri ennen suunnitelmaseminaaria. Työn tavoitteet ja tarkoitus muutettiin paremmin osaston tarvetta vastaaviksi, sekä kyselylomakkeen kysymyksiä muokattiin. Tapaaminen toimeksiantajan kanssa oli erittäin hyödyllinen, sillä sen jälkeen idea työn lopullisesta toteutus -ja analysointitavasta selkenivät työn molemmille osapuolille.

Aikataulujen yhteensovittaminen oli aluksi haastavaa kolmen opinnäytetyön tekijän kesken. Aineistonkeruuta tehtiin kesän 2013 aikana, jolloin kaikilla oli erilaiset työvuorot kesätöiden parissa. Heinäkuun puolessa välissä yksi opinnäytetyön alkuperäisistä tekijöistä irtisanoi itsensä projektista, joten työnjako meni uusiksi ja tiedonhaku alkoi jälleen kolmannen osapuolen aiheiden osalta.

Olimme koko prosessin ajan aktiivisesti yhteydessä sähköpostitse ja tapaamisten yhteydessä opinnäytetyötä ohjaavaan opettajaan ja toimeksiantajaan. Myös opiskelijoiden keskinäinen kommunikointi toimi hyvin. Aikataulutus ja työn jako tuntui helpolta, vaikka molemmilla oli kursseja hieman eri aikaan ja harjoittelujen työvuorot menivät usein ristiin. Opinnäytetyöprosessin etenemistä on kuvattu tarkemmin kuviossa 7.

Opinnäytetyötä muokattiin sekä ohjaavan opettajan, että toimeksiantajan mielipiteiden ja toivomusten mukaisesti, kuitenkin käyttämällä omaa päätöksentekokykyä (kuvio 7).



Kuvio 7. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

Tiedonhaku

Lähdemateriaalia tähän opinnäytetyöhön etsittiin useista eri kirjastoista sekä sähköisistä lähteistä ja tietokannoista, kuten kansallisesta NELLI-tiedonhakuportaalista. NELListä löytyy yliopisto- ja ammattikorkeakoulukirjastojen sekä yleisten kirjastojen hankkimia elektronisia aineistoja. Eri tieteenalojen tietokannat, joihin ei ole internetistä vapaata pääsyä, palvelevat luotettavan tiedon löytymistä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 96 - 97.) Teoriapohjan rakentamisessa käytettiin eri maissa tehtyjä tutkimuksia lähteinä, jotta työhön saatiin kansainvälistä näkökulmaa.

Tiedonhaussa käytettyjä verkkotietokantoja olivat Arto, EBSCOhost, MEDIC, Melinda, PubMed sekä Terveysportin tietokannat. Tiedonhaussa käytettiin sekä englanninkielisiä että suomenkielisiä hakusanoja. Hakusanat tarkistettiin YSA ja Medic-verkkosanastoista. Hakusanoja olivat dementia*, pain*, kipu*, fysiologia*, lewyn kappale- tauti*, Alzheimer*, muistisairaudet* ja muistihäiriöt*. Lähteiden julkaisemisajankohdaksi rajasimme 2000-luvun, jotta tieto olisi mahdollisimman tuoretta.

10 LAADULLINEN TUTKIMUS

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja pyrkimyksenä on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tyypillisiä piirteitä laadulliselle tutkimukselle on, että suositaan ihmistä tiedonkeruun menetelmänä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihin ja keskusteluihin tutkittavan kohteen kanssa, kuin mittausvälineillä hankittuun tietoon. Tavoitteena on enemmänkin löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi ym. 2007, 157 - 160.)

Tutkimusta tehtäessä aiheen tulisi olla henkilökohtaisesti kiinnostava. Tutkimuksen teko on pitkä prosessi ja tutkijoiden tulisi miettiä jo etukäteen, jaksako aiheesta olla kiinnostunut vielä kuukausien päästä. Jos jo suunnitteluvaiheessa oma aihe tuntuu tylsältä, se kannattaa vaihtaa. Optimaalista olisi, jos aihetta tutkiessaan tutkija oppisi jotain uutta itse aiheesta. Aiheen olisi hyvä olla jollain tapaa myös yhteiskunnalle tai toimeksiantajalle merkityksellinen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 8 - 9.)

Niin laadullisessa, kuin määrällisessäkin tutkimuksessa tulee tutkitulle tiedolle aina löytyä teoriapohja sekä tutkimuksen perusteluissa että kritiikissä. Ei siis ole olemassa puhdasta objektiivista tietoa, vaan kaikki olemassa oleva tieto on subjektiivista. Tällöin tutkijan täytyy itse pystyä päättämään tutkimusasetelmasta oman ymmärryksensä varassa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 20.)

Tutkimuksellinen opinnäytetyö tarkoittaa tutkimustiedon kattavaa keräämistä sovellettavaksi vastaavanlaisiin tapauksiin. Tutkimustietoa ei siirretä suoraan käytäntöön, vaan tiedon tulevat käyttäjät käyttävät tietoa apunaan päätöksenteon ja ratkaisujen tukena. (Vilka 2010.) Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä tehdään tutkimus tai selvitys. Siinäkin lähtökohta on usein käytännön ongelma, mutta erityyppinen kuin esimerkiksi toiminnallisessa työssä. Aineistonkeruussa käytetään usein kyselyä, haastatteluja tai kirjallisia tai kuvallisia lähteitä ja aineiston analyysissä jotakin tutkimuksellista analyysimenetelmää. Tutkimustyyppisiä ovat esimerkiksi asiakastytyväisyyskyselyt, toimintatutkimus sekä palvelu- ja markkinointitutkimukset. (Satakunnan ammattikorkeakoulu 2009.)

11 AINEISTON KERUU

Tutkimusaineiston hankinnan lähtökohtana on tutkimusongelma tai tutkimustehtävä, joiden perusteella valitaan aineistonkeruumenetelmät, vaikka prosessissa päinvastoinakaan eteneminen ei ole kiellettyä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 47). Perinteisimpiä laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu ja havainnointi, mutta tässä työssä päädyttiin keräämään aineistoa kyselylomakkeen avulla.

Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston (2011) mukaan kyselylomake on hyvä antaa luettavaksi jollekin ulkopuoliselle tai alaa tuntevalle henkilölle. Kyselylomake esiteltiin kahdella terveystieteen ammattilaisella ennen sen teettämistä kohderyhmälle. Testauksen tarkoituksena oli luoda mahdollisimman hyvä kyselylomake, jolla saadaan vastaukset tutkijoita kiinnostaviin asioihin. Testaajien mielestä kysymykset olivat helposti ymmärrettäviä ja niitä oli sopiva määrä. Itse mietimme kuitenkin aineistoa läpikäydessä, oliko kaikki kysymykset ymmärretty oikein, sillä jotkin vastauksista eivät vastanneet kysymykseen.

Kyselyn avulla pystytään keräämään paljon aineistoa ja se säästää tutkijan aikaa sekä vaivannäköä. Jos lomake on jaettu suunnitella hyvin, aineisto voidaan myös käsitellä ja analysoida nopeammin. Tietojen käsittelyyn on suunniteltu erilaisia analyysitapoja, joten tutkijan ei tarvitse itse kehittää uudenlaisia tapoja käsitellä aineistoa. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.) Tässä työssä aineiston analysoinnissa on käytetty apuna sisällönanalyysia.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistona voi olla vain yksi tapaus, koska tarkoitus ei ole etsiä keskimääräisiä yhteyksiä eikä tilastoida, joten aineiston koko ei määräydy sen mukaan. Tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta, joten tutkimus alkaa yleensä siitä, että tutkija alkaa kartoittaa kenttää, jossa hän toimii. (Hirsjärvi ym. 2007, 176.)

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruussa käytettiin tarkoituksenmukaista näytettä. Tarkoituksenmukainen näyte tarkoittaa sitä, että tutkija valitsee tietoisesti tiedonantajikseen sellaisia henkilöitä, jotka tietävät asiasta paljon tai joilla on paljon kokemusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112).

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin sairaalan geriatriselle kuntoutus- ja tutkimusosastolle teetetyn kyselylomakkeen ja aiempien tutkimustulosten avulla. Kyselylomake teetettiin toimeksiantajan osaston hoitohenkilökunnalle, sillä tutkimuksen tarkoitus oli selvittää nimenomaan kyseisen henkilökunnan kokemuksia PAINAD-mittarin käyttöön otosta sekä hyödynnettävyydestä heidän osastollaan. Kyselylomakkeen teettämiseen päädyttiin siksi, että se oli ajallisesti nopeampi ja helpompi toteuttaa. Kyselylomakkeeseen tehtiin kuusi kysymystä, joista yksi oli suljettu ja viisi avointa kysymystä.

Uskomme myös, että hoitohenkilökunnalta saadut vastaukset saattavat olla rehellisempiä, kun vastaajat saavat vastata kysymyksiin anonyymisti. Kyselylomakkeet veimme henkilökohtaisesti osastolle, jolloin samalla kerroimme hoitohenkilökunnalle työmme tarkoituksesta, tavoitteista, määräajan, mihin mennessä lomake on palautettava, missä tulokset julkaistaan ja miten. Hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti tutkittavalle tulee kertoa kaikki oleellinen tieto siitä, mitä tutkimuksen kuluessa tulee tapahtumaan (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006).

11.1 Aineiston analysointi

Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006) mukaan aineiston analyysillä tarkoitetaan aineiston huolellista lukemista, tekstimateriaalin järjestelyä, sisällön ja rakenteiden erittelyä sekä jäsentämistä ja pohtimista. Aineistoa voidaan luokitella eri luokkiin esimerkiksi eri aiheiden ja teemojen perusteella.

Analyysin avulla tutkija pystyy myös lisäämään aineiston informaatioarvoa tiivistämällä aineistoa, tulkitsemalla sitä sekä käymällä vuoropuhelua teorian, empirian ja oman ajattelunsa kanssa. Olennaisinta on, että analyysin tekijä perustelee omat valintansa ja selittää, miksi hän on mitäkin tehnyt. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

11.2 Sisällönanalyysi

Työssä käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä, joka on kolmivaiheinen prosessi. Sisällönanalyysin tarkoituksena on tiivistää aineisto loogiseksi kokonaisuudeksi kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Kun aineistoon saadaan selkeyttä, on helpompi tehdä luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 - 109.) Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jossa tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006 mukaan.)

Aineiston analysointi ja sisältöön perehtyminen aloitettiin lukemalla kaikki kyselylomakkeiden vastaukset useaan kertaan läpi. Henkilökunnan 20: sta henkilöstä kyselylomakkeeseen vastasi yhdeksän henkilöä. Analysoitavaa aineistoa oli yhteensä yhdeksän A4-sivua. Aineiston analysoinnin aloitimme pelkistämällä eli redusoinnilla. Pelkistämällä tarkoitetaan informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Vastuksista etsittiin pelkistettyjä ilmauksia, jotka kirjoitettiin erilliselle paperille. Lopullinen jaottelu aineiston analysoinnista tehtiin tietokoneelle taulukkomuotoon.

Pelkistetyistä ilmauksista lähdettiin etsimään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, jotka luokiteltiin ylä- ja pääluokkiin. Yläluokiksi muodostui potilaan huomiointi kivun arvioinnissa, hoitajan kokemuksia kipumittarin käyttöönotosta, mittarin käyttöä edistävät ja estävät tekijät. Pääluokiksi muodostui muistisairaana kivun arviointi ja kipumittarin käyttö osastolla. Pääluokat vastaavat tutkimuskysymyksiin; miten hoitaja voi tunnistaa ja arvioida muistisairaana kipua ja miten hoitajat ovat kokeneet PAINAD-mittarin käytön osastolla. Tätä vaihetta kutsutaan klusteroinniksi eli aineiston ryhmittelyksi. Ryhmittelyn jälkeen seuraa aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Abstrahoinnissa erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan käsitteitä. Luokituksia yhdistellään niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110 - 111.)

12 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksessa teetettiin kyselylomake Lahden kaupunginsairaalan geriatrisen kuntoutus- ja tutkimusosaston hoitajille. Osastolla työskentelee 20 henkilöä, joista yhdeksän vastasi kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeessa oli viisi avointa ja yksi suljettu kysymys.

Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin, onko osastolla tarvetta lisätä kipumittarin käyttöä. Vastauksista kahdeksan yhdeksästä oli sitä mieltä, että kipumittarin käyttöä osastolla tulisi lisätä. Henkilö, jonka mielestä kipumittarin käyttöä ei ole tarvetta lisätä, perusteli vastauksensa seuraavasti:

Osaston potilaat muistisairaita vaikeasti/ keskivaikeasti.

Toisessa kysymyksessä kysyttiin, miten hoitajat arvioivat potilaan kipua tällä hetkellä. Vastaukset olivat kaikki melko samankaltaisia. Kaikki vastaajat kertoivat arvioivansa potilaan kipua ilmeitä, eleitä sekä käytöstä havainnoimalla. Muutama vastanneista kertoi käyttävänsä kipumittaria havainnoinnin ja haastattelun lisäksi kivun arvioinnissa (kuvio 8).

Kysymällä, havainnoimalla, joskus kipumittaria käyttämällä.

Haastattelemalla potilasta, kasvojen ilmeistä, eleistä.

Pelkistetyt ilmaukset	Yläluokka	Päälouokka
Ilmeet, eleet Levottomuus, valitus, käytös Kysyminen, havainnointi	Potilaan huomiointi kivun arvioinnissa	Muistisairaahan kivun arviointi

Kuvio 8. Käsitteiden ryhmittely ja luokittelu kysymyksistä 1 - 2.

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin hoitajien kokemuksia PAINAD-mittarin käyttöönotosta osastolla. Lähes kaikki vastaajista olivat sitä mieltä, että mittaria käytetään vielä liian vähän. Osa ei ollut käyttänyt mittaria vielä ollenkaan. Joidenkin mielestä mittarin käyttö koettiin vaikeaksi ja oudoksi, toiset taas kokivat mittarin helpoksi ja nopeaksi apuvälineeksi. Useimpien mielestä on kuitenkin hyvä, että mittaria on mahdollisuus käyttää (kuvio 8).

Helppo tehdä, ei vie paljon aikaa.

Hankala.

Käytetty vasta aika vähän. Olen itse kokenut vielä oudoksi ja vieraaksi.

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin, mitkä tekijät estävät PAINAD-mittarin käyttöä osastolla. Vastauksien perusteella suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että mittarista ei ole tarpeeksi tietoa ja kokemusta, jotta sitä osattaisiin käyttää tarkoituksenmukaisesti. Vastauksista tuli ilmi myös uuden oppimisen pelkoa ja haluttomuutta mittarin käyttöön.

Mittarin käyttö ei ole vielä ”rutinoitunut”.

*Epäselvä käyttö, tehdäänkö kertaluontoisesti? Tietyin väliajoin?
Enemmän infoa mittarista, ”käyttöohje”.*

Viidennessä kysymyksessä kysyttiin, mitkä tekijät edistävät mittarin käyttöä. Vastausten perusteella innokkuus ja kokemus potilaiden kivun tunnistamisesta edistävät mittarin käyttöä. PAINAD-mittarin käyttöä edistää myös tarve arvioida ja laskea kipulääkityksen annosta sekä vaikuttavuutta.

*PAINAD-mittaria on testattu kipulääkkeen vasteen arvioimiseksi.
Tähän tarkoitukseen tuntuu hyvältä idealta.*

Vaikeasti dementoituneilla, vuodepotilailla ja terminaalivaiheessa varmaan toimivin kun ei muuten voi kipua selvittää.

Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin, mitä hoitajat haluaisivat tietää muistisairaana kivun arvioinnista. Esiin nousi halukkuutta tietää muiden yksiköiden kokemuksia PAINAD-mittarin käytöstä, tarkennusta siitä, millä eri tavoin kipua voi arvioida sekä onko kivun arvioinnin avuksi tulossa jotain uusia mittareita ja mitkä ovat tulevaisuuden näkymät kivun arvioinnin osalta.

Kaikki uusi tieto tervetullutta, onko mittarin käyttö koettu hyväksi, kokemuksia muualta.

Miten onnistunut dementiayksiköissä.

Pelkistetyt ilmaukset	Yläluokka	Pääloukka
<p>Hankala, vähän käytetty, outo, vieras, ei toimi</p> <p>Hyödyllinen, helppo, nopea, toimii</p>	<p>Hoitajien kokemuksia PAINAD-mittarin käyttöönnotosta</p>	<p>PAINAD-mittarin käyttö osastolla</p>
<p>Epäselvä käyttö, vieras asia, mittarin luotettavuus</p> <p>Tiedon- ja ajanpuute, osaamisen ja kokemuksen puute, ei ole tullut tavaksi</p> <p>Uuden oppimisen pelko, haluttomuus, kirjalliset työt lisääntyneet,</p> <p>Muistisairaudet, käytösoireet</p>	<p>PAINAD-mittarin käyttöä estävät tekijät</p>	
<p>Kipulääke, lääkityksen onnistuminen ja vasteen arviointi, keskustelu</p> <p>Muistisairaus, kivun hoidon onnistuminen,</p> <p>Innokkuus, kokemukset, hyvä idea</p>	<p>PAINAD-mittarin käyttöä edistävät tekijät</p>	

Kuvio 9. Käsitteiden ryhmittely ja luokittelu kysymyksistä 3 - 6.

12.1 Tulosten yhteenveto

Vastauksista ilmeni, että osa vastaajista ei ole käyttänyt PAINAD-mittaria vielä ollenkaan tai hyvin vähän, jolloin heillä ei ollut kokemuksia jaettavana.

Muutaman vastaajan mukaan PAINAD-mittari on helppo ja nopea käyttää. Osan mielestä mittari taas on hankala ja outo. Yhdessä vastauksessa arveltiin, että PAINAD-mittari soveltuisi erityisesti vaikeasti dementoituneiden ja terminaalivaiheessa olevien potilaiden kivun arviointiin. Muistisairaiden kivun arvioinnin haasteeksi koetaan vaikeus tunnistaa, mikä on kipua ja milloin käytösoire johtuu muistisairaudesta tai jostain muusta tekijästä.

Vastauksista tulee myös esiin haluttomuus ja pelko uuden oppimiseen. Vastaajien mielestä PAINAD-mittarista tulisi saada enemmän tietoa ja aikaa sen tekemiseen tulisi olla enemmän. Yhteenvetona voidaan todeta, että henkilökunnan mielestä osastolla tulisi olla käytössä jokin kivun arvioinnin menetelmä tai mittari, mutta PAINAD-mittarin käyttöönotto on koettu haasteelliseksi.

Tulosten perusteella voidaan ajatella, että osastolla olisi tarvetta ja halua lisätä PAINAD-mittarin tai jonkin muun kipumittarin käyttöä muistisairaahan kivun arvioinnissa. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että mittarista ja sen käytöstä tulisi saada enemmän tietoa ja koulutusta sen käyttöön. Vastausten mukaan hoitajat arvioivat muistisairaahan kipua tällä hetkellä havainnoimalla osittain samoja asioita, kuin mitä PAINAD-mittarin avulla arvioidaan. Hoitajat kertoivat arvioivansa kipua seuraamalla potilaiden ilmeitä, eleitä ja käyttäytymistä sekä kysymällä heiltä kivusta.

12.2 Tulosten vertailua aiempiin tutkimuksiin

Hoitajat toivoivat meidän selvittävän muiden yksiköiden kokemuksia PAINAD-mittarin käytöstä ja soveltuvuudesta muistisairaahan kivun arviointiin. Löysimme kaksi ammattikorkeakoulu tasoista opinnäytetyötä, joissa on selvitetty hoitajien kokemuksia PAINAD-mittarin käytöstä.

Opinnäytetöiden mukaan kokemukset PAINAD:in käytöstä oli suurelta osin samankaltaisia kuin omassa tutkimuksessamme saadut tulokset. Mäkysen ja Visurin (2011, 34 - 36) tutkimuksen mukaan osa hoitajista koki PAINAD-

mittarin helpoksi ja selkeäksi, sillä he olivat arvioineet muistisairaiden kipua havainnoimalla samoja asioita, joita PAINAD-mittarin avulla arvioidaan. Toiset taas olivat sitä mieltä, että mittarin käyttö on turhaa juuri tämän vuoksi. PAINAD:in koettiin selkeyttävän kivusta kirjaamista. Hoitajat saivat PAINAD-mittarin avulla varmistusta kivun todelliseen olemassaoloon.

Levottoman, sekavan tai jäykän potilaan kohdalla mittarin käyttö koettiin lähes joka osastolla hankalaksi, sillä kivun erottaminen yleisestä tyytymättömyydestä tai ahdistuksesta on vaikeaa. Vaikeaksi koettiin myös se, jos potilaan kohdalla ei voitu käyttää kaikkia mittarin osa-alueita. (Mäkynen & Visuri 2011, 34 - 36.)

Käyttöoireisten, lievästi tai keskivaikeasti dementoituneiden kohdalla PAINAD-mittarin soveltuvuus koettiin huonoksi, sillä käyttöoireisten kohdalla mittari antoi korkeita lukuja, jotka hoitajien mielestä johtuivat muistisairauden aiheuttamista käyttöoireista eikä kivusta. (Mäkynen & Visuri 2011, 34 - 36.)

Päivärinnan (2012, 16 - 20) tutkimuksen tulokset olivat myös samankaltaisia, osa hoitajista piti kipumittaria käytännöllisenä ja helppokäyttöisenä ja osa taas hankalana ja aikaa vievänä. Hoitajat kokivat, että potilaat tuli huomioitua kokonaisvaltaisemmin PAINAD:in avulla ja sitä kautta kivun olemassaoloa huomioitiin paremmin.

Hoitajat kokivat saavansa vahvistusta omalle työlleen ja kirjaamisen helpottuneen PAINAD-mittarin avulla. He kokivat myös muistisairaahan hyötyvän mittarin käytöstä muun muassa niin, että kipulääke osattiin antaa oikeaan aikaan. Hoitajien mukaan PAINAD-mittarin käyttö toi osastolle ”yhteisen kielen” kivun arvioinnissa ja hoidossa.

Vastausten mukaan mittari on hyvä etenkin puhumattomilla muistisairailla, jotka eivät osaa kertoa levottomuutensa syytä. Vastauksista ilmeni, että muistisairaahan tunteminen on tärkeää, jotta pystyy erottamaan, mikä on muistisairauden aiheuttamaa käytöshäiriötä ja mikä taas johtuu kivusta.

13 POHDINTA

Muistisairaudet ovat yksi ikääntymisen mukana tuomista kansansairauksista Suomessa (Käypähoito 2010). Ikääntyneillä on usein monia eri sairauksia, jotka voivat altistaa kivuille (Cunningham ym. 2010, 29 - 31). Työskentelemme lähes missä vaan, tulevana terveydenhuollon ammattilaisina tulemme kohtaamaan työssämme sekä muistisairaita että kivusta kärsiviä ihmisiä. Siksi aiheeseen perehtyminen ja tutkimusten lukeminen muistisairauden vaikutuksesta kivun kokemukseen oli erittäin hyödyllistä ja opettavaista.

Opinnäytetyö onnistui mielestämme hyvin. Tiedonhaun ja kirjoittamisen koimme helpoksi, ongelmia ilmeni lähinnä kuvioiden kokoamisessa ja lähteiden merkinnöissä. Suuri hidastaja työn etenemisessä oli myös tutkimus- ja kehittämismenetelmä kurssien väärin ajoitettu suoritusajankohta. Kurssien myöhäinen suoritusajankohta ei tukenut opinnäytetyön tekemistä toivotulla tavalla. Joitain työn vaiheita jouduttiin korjailemaan useampaan otteeseen, sillä teoriapohjaa oikeasta työskentelytavasta ei ollut.

Opinnäytetyöprosessi eteni aikataulussaan ja mielestämme työstä tuli hyvä. Jäimme hieman miettimään työn tarpeellisuutta osastolle, sillä tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan kokemuksia PAINAD-mittarin käytöstä. Saimme vastaukset kuitenkin vain vajaalta puolelta osaston henkilökunnasta ja heistä osa oli käyttänyt PAINAD-mittaria vasta hyvin vähän tai ei ollenkaan. Saatujen vastausten perusteella tutkijoille nousi esiin ajatus siitä, että PAINAD-mittari olisi pitänyt saada osastolla aktiivisempaan käyttöön ennen tutkimusta. Tällöin hoitajilla olisi ollut enemmän kokemuksia mittarista. Kenties osa ei vastannut sen vuoksi, ettei ollut vielä käyttänyt mittaria. Toivomme, että saadut tulokset aiheuttaisivat keskustelua osastolla ja edistäisivät PAINAD- mittarin käytön lisäämistä.

Meitä mietitytti aineiston riittävyys ja vähäinen analysoitava materiaali, varsinkin, kun kyselylomakkeeseen saadut vastaukset oli kirjoitettu hyvin lyhyesti. Toisaalta työn tarkoitus toteutui ja saimme tutkimuskysymyksiimme vastaukset. Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa epäonnistuneen otannan lisäksi myös mittauksen väärä ajankohta (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2008).

Pohdimme, vaikuttaako tämän tutkimuksen luotettavuuteen se, että vain harva kyselyyn vastanneista oli käyttänyt PAINAD-mittaria kivun arvioinnissa, kun tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia PAINAD-mittarin käytöstä. Laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan ole määritelty sitä, kuinka paljon aineistoa tulee saada (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Mielestämme näinkin vähäisen vastausmäärän saaminen oli riittävä ja tulosten analysointi oli opinnäytetyöntekijöille työmäärältään kohtuullinen. Harmillista oli, etteivät kaikki osaston henkilökunnasta vastanneet kyselyyn, sillä nyt osastolle kerrottavat tulokset ovat niukat, eikä kaikkien mielipidettä ole saatu esiin.

Se, miten työn tavoite PAINAD-mittarin aktiivisesta käyttöön otosta toteutuu, jää nähtäväksi, sillä vastuu PAINAD-mittarin käytöstä on osaston. Vastauksista voi tulkita, että hoitajat toivoisivat lisäkoulutusta PAINAD:in käyttöön. Vastaajat tuntuivat olevan motivoituneita uuden oppimiseen, joten ehkäpä tulosten julkistamisen jälkeen he saavat lisäkoulutusta joko PAINAD:in tai jonkun muun kivun arviointiin kehitetyn mittarin käytöstä.

Aineistoa analysoidessamme pysähdyimme miettimään, miksi PAINAD-mittarin käyttöönotto ja kynnys lähteä kokeilemaan mittaria on niin suuri. Hoitajat käyttävät jo nyt kivun arvioinnissa osittain samoja havainnointimenetelmiä, joita PAINAD-mittarin avulla potilaasta arvioidaan, joten mittarin käytön luulisi olevan helppoa ja tuovan selkeyttä kivun arviointiin ja kirjaamiseen.

Kehityimme prosessin aikana jatkuvasti kirjallisen työn laatimisessa, näyttöön perustuvan tiedon etsimisessä, luotettavuuden arvioimisessa sekä tiedon edelleen käyttämisessä. Koska näyttöön perustuvan tiedon merkitystä hoitotyössä korostetaan nykyään yhä enemmän ja enemmän, ovat edellä kuvatut taidot tarpeen tulevaisuuden työssämme.

13.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta vaihe vaiheelta sekä kuvaus ajankäytöstä, olosuhteista ja aineistonkeräämisestä. Laadullisessa tutkimuksessa ydinasioita ovat myös henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.)

Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006) mukaan olennaisinta on, että tutkimuksen parissa työskentelevä perustelee ja selittää, miksi on mitään tehnyt, jotta tutkimuksesta tulee perusteltu, uskottava ja mahdollisimman luotettava. Näihin olemme työssämme pyrkineet kiinnittämään erityistä huomiota.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että aineistossa on käytetty lähteitä laajasti. Lähteinä on sekä Suomalaisia että kansainvälisiä tutkimuksia. Vieraskielisten lähteiden käytössä saattaa tosin olla vaara, että jokin asia on ymmärretty väärin. Lähteet työhön pyrittiin valitsemaan niin, että tieto olisi mahdollisimman tuoretta, luotettavaa ja hyödynnettävää työn kannalta. Lähteet työhön on merkitty Lahden ammattikorkeakoulun (2013) ohjeiden mukaisesti.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2002, 3) mukaan on hyvän tieteellisen käytännön mukaista, että tutkijat työskentelevät huolellisesti ja tarkasti sekä rehellisesti käyttäessään muiden tekemiä töitä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös tutkimuksen yksityiskohtainen suunnittelu, toteutus ja raportointi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimukseen aineistoa kerättiin teettämällä osaston henkilökunnalle kyselylomake PAINAD-mittarin käyttöönotosta ja soveltuvuudesta muistisairaana kivun arviointiin. Kysymykset kyselylomakkeeseen nousivat tutkimuskysymysten ja teorian tiedon sekä työn tavoitteiden pohjalta. Avoimien kysymysten avulla saimme kartoitettua juuri haluamamme tiedon osaston henkilökunnalta. Hyväksytyn suunnitelmaseminaarin jälkeen haettiin tutkimuslupaa Lahden kaupungilta. Lupa työlle myönnettiin melko nopeasti.

Apulaisosastonhoitaja informoi osaston hoitohenkilökuntaa meneillään olevasta yhteistyöhankkeesta. Kävimme osastolla esittelemässä itsemme sekä tutkimustyön aiheen osaston hoitohenkilökunnalle. Esittelimme heille kyselylomakkeen ja pyysimme heitä vastaamaan lomakkeeseen annetun aikarajan puitteissa. Painotimme heille, että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä kukaan ulkopuolinen saa tietoja käyttöönsä. Mainitsimme myös, että vastaukset annetaan nimettömänä ja saatu aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Tarpeettomat aineistotiedostot on poistettava käyttötarpeen päättyttyä (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2012). Tässä työssä aineisto on

vastauslomakkeiden muodossa paperisena versiona, joten niiden asianmukainen hävittäminen tapahtuu käytännössä niiden tuhoamisella paperisilppurissa hyväksytyn julkaisuseminaarin jälkeen. Kerroimme henkilökunnalle myös, että tutkimuksen tarkoituksena on kehittää hoitotyötä ja antaa heille uutta tietoa tutkitun tiedon pohjalta.

Etiikkaan vahvasti liittyvä kysymys työssämme on työn aihe. Hagelberg ym (2006, 28 - 29) mukaan kivunhoidon oikeudenmukaisuuden periaatteen toteutumiseksi erityistä huomiota on kiinnitettävä vanhusten ja muuten sanallisesti kommunikoimaan kykenemättömien kohdalla, sillä he eivät välttämättä kykene ilmaisemaan kipuaan sanoin. Oikeus hyvään kivunhoitoon tarkoittaa tutkittuun tietoon ja kliiniseen kokemukseen perustuvien hoitovaihtoehtojen valintaa, käyttöä ja arviointia. Sairaanhoidajan työssä tämä tarkoittaa kykyä tunnistaa kipu, hallita erilaisia kivunhallintamenetelmiä ja arvioida hoidon vaikuttavuutta. Myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994) velvoittaa potilaan kärsimyksen lievittämiseen sekä ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen. (Hagelberg ym. 2006, 29 - 30.)

13.2 Jatkotutkimusideat

Jatkotutkimusaiheeksi mietimme tutkimusta siitä, miten PAINAD-mittari on saatu osastolla käyttöön ja miten mittarin käyttö on edistänyt potilaiden kivun hoitoa. Tutkimuksessa voisi selvittää ovatko hoitajat huomanneet potilaiden käyttäytymisessä jotain muutosta.

Mielestämme osastolle voisi tehdä myös toiminnallisen tutkimuksen, jossa osaston henkilökunta kokeilee eri kipumittareita tietyn ajan ja sen jälkeen antaa palautetta kipumittarin käytettävyydestä ja soveltuvuudesta heidän käyttöönsä. Näin osastolle saataisiin käyttöön sellainen kipumittari, joka on heidän mielestään osastolle soveltuva ja helppokäyttöinen sekä tarpeellinen.

LÄHTEET

- Alaba, J., Arriola, E., Buiza, C., Garcia-Soler, A., Hernández, C., Navarro, A.-B., Sánchez-Iglesias, I., Vaca, R. & Zulaica, A. 2013. Adaptation and validation of the Spanish version of the pain evaluation scale in patients with advanced dementia: PAINAD-Sp [viitattu 4.9.2013]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746393>
- Alhainen, K., Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim 2.painos. Hämeenlinna: Karisto.
- Atula, S. 2012. Tietoa potilaalle: Lewyn kappale- tauti. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 29.11.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=muistisairaudet
- Björkman, M., Laurila, J., Palviainen, J. & Tilvis, R. 2007a. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi - kahden kipumittarin vertailu. Suomen lääkärilehti; 62 (26):2547 - 2553 [viitattu 21.8.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=i%C3%A4kk%C3%A4iden%20dementia
- Björkman, M., Sorva, A. & Tilvis, R. 2007b. Dementiapotilaan kivun arvioinnin ja hoidon ongelmia. Tabu 3/2007, 3 - 6. Lääketietoa lääkelaitokselta.
- Chang, J. & Tsai, P.-F. 2004. Assessment of pain in elders with dementia. Nursing 12/ 2004 Vol. 13/No. 6, 364 - 370 [viitattu 28.9.2013]. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=a4254bb2-a666-4b32-a4b6-2e770469eae5%40sessionmgr4002&hid=4112>
- Cunningham, C., Kelly, F. & McClean, W. 2010. The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. Nursing older people 22:7, 29 - 35.
- Elomaa, M., Estlander, A.- M., Granström V. & Kalso, E. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) 2009: Kipu. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 104.

- Elliott, A., Horgas, A. & Marsiske, M. 2009. Pain assessment in persons with dementia. *Journal of the American geriatric society*. Vol. 57. Issue 1. 2009, 126 - 132.
- Erkinjuntti, T. 2008. Dementia ja muistihäiriöt. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Duodecim [viitattu 29.11.2013]. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97390.pdf>
- Erkinjuntti, T. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T. & Rosenvall, A. 2013. Muistipotilaan tutkimukset. Lääkärin käsikirja [viitattu 06.12.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=alzheimerin%20t%20auti
- Erkinjuntti, T. & Melkas, S. 2013. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä ja dementia. Lääkärin käsikirja [viitattu 29.11.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=vaskulaarinen%20dementia
- Fetherstonhaugh, D., McAuliffe, L., Nay, R. & O'Donnell, M. 2008. Pain assessment in older people with dementia: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 65 (1), 2 - 10 [viitattu 29.11.2013]. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=7a09c3b7-ba9c-4691-9353-75af5f787116%40sessionmgr4004&hid=4201>
- Finne-Soveri. 2007. Dementoituvan kipu - aikamatkustajan sanatonta kärsimystä. *Suomen lääkirilehti* 26/2007, 2543 - 2544.
- Haanpää, M. 2010. Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Verkkojulkaisu [viitattu 21.8.2013]. Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00412&p_haku=krooninen%20kipu

Hadjistavropoulos, T. & Malloy, D. 2004. The problem of pain management among persons with dementia. *Nursing philosophy*. Vol 5. Issue 2. 2004, 147 - 159.

Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M. & Salanterä, S. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria -arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M., Salanterä, S. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö-
hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimusäätiö: Hotus [viitattu 6.1.2014]. Saatavissa:
http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Heimonen, S-L. & Voutilainen, P. 2001. Dementoituvan hoitopolku. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13.painos. Helsinki: Tammi.

Husebo, B., Husebo, S., Ljunggren, A., Moe-Nilssen, R. & Strand, L. 2010. Pain in older persons with severe dementia [viitattu 5.9.2013]. Saatavissa:
<http://web.ebscohost.com/aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=677a367c-554a-4092-b59b-0c687608208d%40sessionmgr14&vid=10&hid=24>

Hurley, A., Volicer, L. & Warden, V. 2003. Development on psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) Scale. *Journal of the American Medical Directors Association*. Vol 4. Issue 1. 2003, 9 - 15 [viitattu 6.9.2013]. Saatavissa: [http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(04\)70258-3/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(04)70258-3/abstract)

Isometsä, E. & Melartin, T. 2013. Miten ihminen masentuu? Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim. Verkkojulkaisu [viitattu 30.01.2014]. Saatavissa:
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_ArticleReportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98252

Kalso, E. 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa Haanpää, M. Kalso, E & Vaino, A (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 470 - 475.

Kankkunen, P., Suominen, R. & Taponen, R. 2007. Kivun arviointia dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. Gerontologia: Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry. 4 (3) 311 - 319

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitoteteessä. 3.painos. Helsinki: Sanomapro Oy.

Karttunen, M. 2009. Muistisairaana geriatrisen tutkimuspotilaan tutkimus- ja arviointiprosessi osastolla L31. Opinnäytetyö. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalanlaitos

Kotovainio, L. & Mäenpää, L. 2013. Kipusokin hoito. Sairaanhoidajan käsikirja, terveysportin tietokannat [viitattu 21.8.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kipusokin

Kuusisto, P. 2012. Akuutin kivun hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Verkkojulkaisu [viitattu 28.9.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=akuutin%20kivun%20hoito

Käypähoito 2010. Muistisairaudet. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Verkkojulkaisu [viitattu 28.9.2013]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992 [viitattu 28.9.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994 [viitattu 28.9.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L7P44>

Mervaala, E. & Isomaa, B. 2013. Diabeettinen neuropatia. Lääkärin käsikirja, terveysportin tietokannat [viitattu 21.8.2013]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=i%C3%A4kk%C3%A4iden%20dementia

Mervaala, E. & Partanen, J. 2010. Polyneuropatiat. Lääkärin käsikirja, terveysportin tietokannat [viitattu 21.8.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=i%C3%A4kk%C3%A4iden%20dementia

Mäkynen, E. & Visuri, T. 2011. PAINAD- mittarin hyödynnettävyys dementiaipotilaiden kivun arvioinnissa. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalanlaitos

Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Tilvis, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Duodecim 2.painos. Porvoo: Bookwell.

Päivärinta, A. 2012. Muistisairaahan kivun arviointi – hoitajien kokemuksia PAINAD- kipumittarin käytöstä. Opinnäytetyö. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalanlaitos

Rapo-Pylkkö, S. 2012. Jääkö vanhus yksin kivun takia? Kipuviesti: Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti. 2/2012, 21 - 24.

Remes, A. 2013. Alzheimerin tauti. Lääkärin käsikirja [viitattu 29.11.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=erkinjuntti%202001

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu] [viitattu 20.11.2013]. Saatavissa: <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto: Tampereen yliopisto [viitattu 21.11.2013]. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Sailo, E. & Varti, A.-M. (toim.) 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Salanterä, S. 2006. Vaikeaa dementiaa sairastavan vanhuksen kivun arviointi. Kipuviesti: Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti. 2/2006, 36 - 37.

Satakunnan ammattikorkeakoulu. 2009. Erilaiset opinnäytetyöt. Verkkojulkaisu [viitattu 28.9.2013]. Saatavissa:

http://www.samk.fi/opiskelijat/opinnaytetyo/ohjeiden_kayttajalle/erilaiset_opinnaytetyot

Scherder, E. & Van Manen, F. 2005. Pain in Alzheimer`s disease: nursing assistant`s and patients evaluations. Journal of advanced nursing 52 (2) 151 - 158.

Sihvonen, E. 1999. Ikääntyminen ja sen merkitys tuki- ja liikuntaelimitykseen [viitattu 06.12.2013]. Saatavissa:

<http://www.khl.fi/pdf/ikaantyminen%20ja%20sen%20merkitys.pdf>

Tarkkila, P. 2005. Vanhusten kivun mittaaminen. Kipuviesti: Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti. 2/2005, 30 - 31.

Telaranta, P. 2001. Alzheimerin tauti osana elämää ja elämänosana. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Terveyden- ja hyvinvoinnintilasto. 2012- 2013. Mini Mental State- asteikko. Verkkojulkaisu [viitattu 19.11.2013]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/91/>

Terveyden- ja hyvinvoinnintilasto. 2013. Verkkojulkaisu [viitattu 22.7.2013]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi/>

Tikkanen, P. & Voutilainen, P. 2010. Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Tilvis, R. 2004. Muuttuuko kipu ihmisen vanhetessa? Suomen lääkärilehti 2004:59 (36):3265 - 3267.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Tammi.

Vainio, A. 2004. Akuutti ja krooninen kipu. Kivunhallinta. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.

Vainio, A. 2009a. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 150 - 157

Vainio, A. 2009b. Kivun havaitseminen ja kokeminen aivoissa. Kustannus Oy Duodecim, verkkojulkaisu [viitattu 8.9.2013]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00017

Vainio, A. 2009c. Kivun säätely. Kustannus Oy Duodecim, verkkojulkaisu [viitattu 8.9.2013]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00016#F1

Vilkka, H. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö [viitattu 22.7.2013]. Saatavissa:

http://vilkka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf

Yhteiskuntatieteellinen tietarkisto. 2011. Postikyselyaineiston kokoaminen [viitattu 22.7.2013]. Saatavissa:

<http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/postikysely/postikysely.html>

Yhteiskuntatieteellinen tietarkisto. 2008. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus [viitattu 6.1.2014]. Saatavissa:

<http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html#validiteetti>

Yhteiskuntatieteellinen tietarkisto. 2012. Fyysinen säilytys [viitattu 6.1.2014].

Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa9.html>

SAATEKIRJE

Arvoisa yhteistyökumppani. Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä yhteistyössä osastonne kanssa. Opinnäytetyön aihe käsittelee muistisairaana kivun arviointia. Työ sai alkunsa apulaisosastonhoitajan pyynnöstä kartoittaa osaston kivun arvioinnin tilannetta. Olemme saaneet Lahden kaupungilta tutkimusluvan työn tekemiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mielipiteitänne ja kokemuksianne PAINAD-kipumittarin käyttöönotosta sekä sen hyödynnettävyydestä muistisairaana kivun arvioinnissa. Kyselylomakkeisiin vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivottavaa työn onnistumisen kannalta. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 10 minuuttia. Tarvittaessa voit jatkaa vastauksiasi lomakkeen toiselle puolelle.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti sekä anonymisti. Vastaajien henkilöllisyys ei tule esiin missään työn vaiheessa. Aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyö tulee olemaan luettavissa Theseus- tietokannassa. Kyselylomakkeiden tulokset analysoidaan ja esitellään osastollenne työn valmistuttua.

Toivomme että vastaatte kyselyyn 17.12.2013 mennessä. Kiitämme vastauksistanne ja yhteistyöstänne jo etukäteen, sillä vastaukset ovat tärkeitä työn lopputuloksen kannalta. Kun olette vastanneet kyselyyn, palauttakaa lomake kansliassa olevaan lukittuun palautuslaatikkoon.

Mikäli teillä on jotain kysyttävää opinnäytetyötä koskien, vastaamme mielellämme kysymyksiinne. Yhteystietomme löytyvät kirjeen alareunasta.

Parhain terveisin

Sairanhoitajaopiskelijat Tiia Hakkarainen & Sini Vähäsarja

Lahden ammattikorkeakoulu

sini.vahasarja@student.lamk.fi, tiia.hakkarainen@student.lamk.fi

KYSELYLOMAKE

1. Onko osastolla mielestänne tarvetta lisätä kipumittarin käyttöä kivun arvionnin apuna?

On ☐

Ei ☐

Jos vastasit ei, perustele vastauksesi

2. Miten arvioitte potilaan kipua tällä hetkellä?

3. Miten olette kokeneet PAINAD- mittarin käyttöönoton osastolla?

4. Mitkä mahdolliset tekijät estävät PAINAD- mittarin käyttöä osastollanne?

5. Entä mitkä edistävät?

6. Mitä haluaisitte tietää muistisairaana kivun arvioinnista?

Kiitos ajastanne!